(10) SANTÉ MENTALE ET VIEILLISSEMENT

WRITINGS IN GERONTOLOGY

ÉCRITS EN GÉRONTOLOGIE

THE NATIONAL ADVISORY COUNCIL ON AGING
LE CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIÈME ÂGE

Canada

SANTÉ MENTALE

ET

VIEILLISSEMENT

Mars 1991
Conseil consultatif national sur le troisième âge

91-05876/

Pour plus d'information sur ce rapport, communiquez avec le

Conseil consultatif national sur le troisième âge
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9
Tél.: (613) 957-1968
Fax: (613) 957-9938

Blossom T. Wigdor, C.M., Ph.D.
Présidente

Susan Fletcher
Directrice exécutive

This publication is also available in English under the title:
"Mental Health and Aging"

La reproduction d'extraits de cet *Écrit en gérontologie* sera permise sur demande.

Les *Écrits en gérontologie* sont une série qui examine en profondeur des sujets d'actualité dans le domaine du vieillissement. Les opinions exprimées sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les vues du Conseil.

©Ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1991
N° de cat. H71-2/1-11-1991F
ISBN 0-662-96717-8

Titres de cette série:

1. L'impact économique du système de revenu de retraite du Canada, juillet 1983

2. L'adaptation au changement et le rôle de la famille pour les personnes âgées, juillet 1983

3. Vivre et faire vivre la vieillesse, août 1983

4. Aux prises avec la maladie d'Alzheimer: le défi et l'aide (tirage épuisé), janvier 1984

5. Transport: Options pour l'avenir. Questions reliées à la sécurité des conducteurs et des piétons âgés, janvier 1989

6. Les personnes âgées et la vie en hiver, février 1989

7. Évaluation gériatrique: l'expérience canadienne, mars 1989

8. S'accommoder des pertes sensorielles, mars 1990

9. Travailleuses et travailleurs âgés dans une main-d'oeuvre vieillissante, mars 1991

10. Santé mentale et vieillissement, mars 1991

PRÉSENTATION DES TEXTES

Page

Avant-propos vii

Préface ix

À propos des auteurs xi

1. Chapitre d'introduction.
La santé mentale et le vieillissement
par Blossom T. Wigdor et Louise Plouffe 13-22

2. La dépression, la solitude et le deuil chez les personnes âgées
par Philippe Cappeliez 23-44

3. La confusion et la démence chez les personnes âgées
par Nathan Herrmann 45-62

4. Peurs et anxiété chez les aîné-e-s
par Guillème Pérodeau 63-80

5. Usage et abus d'alcool chez les personnes âgées
par Brian Mishara 81-96

6. Le suicide chez les aîné-e-s
par Brian L. Mishara 97-114

7. La santé mentale de groupes aux besoins particuliers
par Louise Plouffe 115-130

AVANT-PROPOS

La série des *Écrits en gérontologie* a été créée dans le but de susciter des échanges d'idées sur des questions d'actualité qui portent sur la qualité de vie des personnes âgées et ce qu'implique le vieillissement d'une population. Cette initiative rejoint deux des objectifs du Conseil, soit de susciter les débats et de disséminer de l'information sur le vieillissement.

Le Conseil veille à ce que les textes présentés dans cette série donnent des renseignements pertinents et utiles. La majorité des textes sont des manuscrits originaux. Certains peuvent être écrits par le personnel du Conseil; d'autres, par des experts dans leur domaine.

Cette série vise les aîné-e-s et les gens qui se préoccupent de leur mieux-être. Nous espérons que les lecteurs et lectrices tireront profit des *Écrits*.

Le Conseil invite vos commentaires sur les sujets choisis aussi bien que sur les documents eux-mêmes.

La directrice exécutive,

Susan Fletcher
Conseil consultatif national
sur le troisième âge

PRÉFACE

Cette série d'articles du Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA) publiés dans les *Écrits en gérontologie* traite de la santé mentale des personnes âgées du Canada, tant du point de vue de la santé que des pathologies. La consultation nationale organisée par le CCNTA sur les obstacles à l'autonomie des aîné-e-s a fait ressortir la nécessité d'obtenir des renseignements clairs et pratiques sur le bien-être psychologique et affectif ainsi que sur les troubles ou les maladies mentales des aîné-e-s. Dans les deux publications (Conseil consultatif national sur le troisième âge, 1989, 1990) qui présentent les résultats de cette consultation, le CCNTA précise que les problèmes liés au bien-être affectif et psychologique constituent le deuxième obstacle à l'autonomie auxquels se heurtent les aîné-e-s qui vivent dans la communauté. La solitude, la peur ou l'anxiété, la dépression et la démence sont les principales difficultés mentionnées. Par ailleurs, la majorité des personnes âgées qui ont fait état de problèmes émotifs ou psychologiques ont dit s'occuper elles-mêmes de leurs problèmes et qu'elles ne faisaient appel ni à la famille ou aux amis, ni à des professionnels.

La présente publication a pour but:

- de sensibiliser le public à la question de la santé mentale et du bien-être des personnes vieillissantes
- de fournir aux aîné-e-s et aux personnes qui s'en occupent des renseignements visant à démystifier les problèmes de santé mentale

- de faire connaître les distinctions entre les réactions normales provoquées par le stress de la vie quotidienne et les réactions anormales ou exagérées; et
- de suggérer des moyens afin que les personnes touchées par le sujet sachent mieux quoi faire.

Au nom du Conseil consultatif national sur le troisième âge et en mon nom propre, je remercie les auteurs qui ont fourni ici des textes informatifs et qui poussent à la réflexion.

De plus, je tiens à remercier le personnel du CCNTA, dont Louise Plouffe qui a coordonné le projet, déterminé le contenu, identifié les auteurs et organisé le travail; et Francine Beauregard et Renée Blanchet qui ont vérifié les traductions et édité les textes dans les deux langues.

A titre de présidente du Conseil, je suis fière d'être associée à ces textes. J'espère qu'ils contribueront à une meilleure compréhension de la santé mentale et de la maladie chez les personnes âgées.

La présidente,

Blossom T. Wigdor

Blossom T. Wigdor, C.M., Ph.D.

À PROPOS DES AUTEURS

Le Conseil remercie les auteurs de leur texte à la fois informatifs et complets. Ce sont:

- Philippe Cappeliez, Ph.D., professeur agrégé à l'École de psychologie à l'Université d'Ottawa. Il s'intéresse à la psychologie clinique du vieillissement, en particulier à l'intervention cognitive et comportementale auprès des personnes âgées.

- Nathan Herrmann, M.D., FRCP(C), professeur associé en psychiatrie à l'Université de Toronto. Il pratique également la psychiatrie au centre médical de Sunnybrook, à Toronto, où il oeuvre à temps plein auprès d'une clientèle de personnes âgées. Il s'intéresse particulièrement aux désordres psychiatriques occasionnés par les maladies neurologiques et dégénératives.

- Brian L. Mishara, Ph.D., professeur permanent au département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal. Il s'intéresse à la gérontologie depuis 1969, alors qu'il était psychologue au département de gériatrie d'un hôpital psychiatrique au Michigan. Auteur prolifique, il est aussi l'un des fondateurs de Suicide Action Montréal et vice-président de l'Association canadienne pour la prévention du suicide et de l'Association québécoise de suicidologie.

- Guillème Pérodeau, Ph.D., chercheuse dans le domaine de la gérontologie à l'Hôpital Douglas, à Verdun, professeure-adjointe au département de

psychiatrie à l'Université McGill et membre associée du Centre des études sur le vieillissement de la même université. Elle a obtenu un doctorat en psychologie sociale à l'Université York de Toronto en 1985. Ses intérêts portent sur le stress et les stratégies d'adaptation des personnes âgées.

- Louise Plouffe, Ph.D., psychologue et analyste des politiques au Conseil consultatif national sur le troisième âge. Elle a été professeure en gérontologie à l'Université du Québec à Hull pendant cinq ans où elle s'intéressait en particulier à l'adaptation psychologique à la retraite.

- Blossom T. Wigdor, C.M., Ph.D., psychologue et gérontologue. Elle est présidente du Conseil consultatif national sur le troisième âge et ancienne directrice du Centre des études sur le vieillissement à l'Université de Toronto. Membre du Comité de la santé mentale et du vieillissement de l'Association canadienne pour la santé mentale, elle est également Fellow de l'Association canadienne de psychologie et de la Gerontological Society of America.

CHAPITRE D'INTRODUCTION
LA SANTÉ MENTALE ET LE VIEILLISSEMENT

par

Blossom T. Wigdor, C.M., Ph.D.
et
Louise Plouffe, Ph.D.
Conseil consultatif national sur le troisième âge

Mars 1991
Conseil consultatif national sur le troisième âge

DÉFINITION DE LA SANTÉ MENTALE

La santé mentale ne se limite pas à l'absence de maladies mentales; selon Birren et Renner (1980), la santé mentale «fait référence également à la capacité d'une personne de faire face aux problèmes de la vie courante d'une façon efficace, voire agréable ou satisfaisante». Un grand nombre d'études ont été entreprises dans le but de mesurer le bien-être mental des adultes plus âgés, d'examiner les diverses caractéristiques des aîné-e-s en bonne santé mentale et de déterminer les conditions propices à un bien-être émotif durant le troisième âge.

Il est possible de décrire les personnes qui jouissent d'une bonne santé mentale, qui vivent un «bien leur troisième âge». Ryff (1987) a proposé récemment six caractéristiques psychologiques du bien-être mental; en voici la liste: 1) acceptation de soi; 2) relations positives avec autrui; 3) autonomie; 4) maîtrise du milieu; 5) avoir un but dans la vie et 6) croissance personnelle. Ces critères qui s'appliquent à la santé psychologique des personnes de tous âges sont particulièrement importants pour un bon vieillissement.

- L'acceptation de soi signifie avoir une appréciation positive, mais réaliste, de soi.
- Avoir des relations positives avec les autres signifie être en mesure d'établir des liens d'amitié et d'intimité, de se faire de nouveaux amis, de s'entendre avec la plupart des gens dans la majorité des situations sociales et d'éviter les relations qui pourraient nous nuire ou nuire à autrui.
- L'autonomie fait référence à la capacité d'auto-détermination ainsi qu'à la capacité de résister aux pressions exercées par des personnes qui désirent que l'on se conforme aveuglément à leurs attentes et de s'évaluer en regard de normes personnelles.

- Maîtrise du milieu signifie qu'une personne a le sentiment d'avoir le contrôle de sa propre vie et qu'elle croit pouvoir faire face efficacement aux difficultés de la vie ou traverser les périodes difficiles.
- Donner un sens à sa vie signifie avoir des objectifs et une orientation et avoir la conviction que la vie vaut la peine d'être vécue, peu importe notre état physique ou nos conditions de vie. Selon Wong, en donnant ou en découvrant un sens à sa vie par des souvenirs, des engagements, son optimisme personnel ou des croyances religieuses, une personne peut surmonter la douleur, les pertes ou la perspective de la mort.
- Enfin, la croissance personnelle fait référence au sentiment de développement et d'enrichissement continus. Une personne qui s'épanouit psychologiquement s'ouvre aux expériences et aux idées nouvelles ainsi qu'au développement de nouvelles compétences.

SANTÉ MENTALE DES AÎNÉ-E-S

En général, les aîné-e-s jouissent d'une bonne santé mentale et un grand nombre de personnes âgées se sentent pour le moins aussi satisfaits que les plus jeunes et ont l'impression d'avoir une vie aussi remplie qu'eux. Qui plus est, comme l'a constaté Connidis (1987), ces personnes apprécient certains aspects reliés au fait d'être plus âgées, par exemple celui d'être libre de certaines obligations professionnelles et familiales, d'avoir moins d'inquiétudes et de pouvoir consacrer plus de temps à la réalisation d'objectifs personnels. Par ailleurs, une étude menée par Reker (1987) et ses collègues révèle que les adultes plus âgés donnent un plus grand sens à la vie que les plus jeunes.

Les aîné-e-s semblent dire qu'ils sont heureux s'ils ont les mêmes choix et les mêmes possibilités que lorsqu'ils étaient plus jeunes. Cette allégation vaut

principalement pour les aîné-e-s plus jeunes, qui demeurent actifs et relativement en bonne santé. Le bonheur des personnes très âgées et frêles n'a pas été suffisamment étudié pour que nous puissions affirmer que la personne-type de 90 ans est aussi heureuse et satisfaite que la personne-type de 65 ans. Néanmoins, des recherches (Stones & Kozma, 1989) ont montré que le bonheur est assez résistant au fil des ans. Les gens heureux le demeurent pendant de nombreuses années; cela fait partie, semble-t-il, de leur nature.

Bien que vieillir ne soit pas aussi mauvais que ce que semble le croire la majorité (et comme le disait un jour le chanteur Maurice Chevalier «il vaut mieux vieillir que l'alternative»), il existe certains changements et problèmes qui sont propres au troisième âge, par exemple la retraite, le veuvage, la baisse de revenu, les problèmes physiques, la restriction des activités, la perte d'amis et de milieux familiers ainsi que la perte de l'autonomie dans le cas des personnes placées en établissements.

Les changements, et le stress qui en résulte, font partie de la vie de tous les jours, quel que soit notre âge; cependant, à un âge plus avancé, une personne doit souvent faire face à des changements plus nombreux, alors qu'elle a une moins grande résistance au stress, qu'elle y est moins préparée et qu'elle dispose de moins d'outils pour pouvoir bien s'adapter. Les aîné-e-s qui s'adaptent bien aux changements importants de la vie trouvent des moyens plus efficaces de se prendre en charge que ceux qui ne réussissent pas à s'adapter. À titre d'exemple, les premiers chercheront à obtenir de l'information pour résoudre un problème particulier, entreprendront des activités émotivement et socialement enrichissantes pour chasser des idées négatives, s'encourageront lorsqu'ils ont le cafard ou sortiront d'une épreuve encore plus forts. En revanche, les personnes qui ne réussissent pas à faire face aux difficultés chercheront par exemple à blâmer les autres pour ce qui leur

arrive, à se replier sur elles-mêmes ou à échapper à leur malheur en dormant, en buvant ou en regardant la télévision à l'excès. Les stratégies de prise en charge efficaces font partie de l'apprentissage de la vie et elles peuvent être apprises à tout âge.

PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE

La personnalité d'un individu, ses attitudes et ses façons de surmonter le stress sont tous des facteurs qui contribuent au maintien de la santé mentale. Voilà pourquoi les thérapeutes et les consultants travaillent avec les personnes qui souffrent de troubles de l'émotivité pour les aider à exprimer et à surmonter leur douleur psychologique ou à changer leurs façons de penser ou leurs comportements autodestructeurs. Il demeure néanmoins que certaines conditions de vie sont plus propices que d'autres au bien-être mental. Bien sûr, même les conditions les plus favorables ne peuvent garantir automatiquement le bonheur, mais elles peuvent rendre les choses beaucoup plus faciles.

La santé physique et la sécurité financière sont deux autres facteurs qui contribuent à la santé mentale. En effet, la pauvreté et un mauvais état de santé ont souvent pour effet d'accroître les inquiétudes, de restreindre les activités, de créer des conditions de vie inadéquates et de favoriser l'isolement. Au Canada, les femmes âgées sans attaches constituent le groupe à plus haut risque de pauvreté. Les risques de maladies invalidantes à long terme associées au vieillissement et la pauvreté sont également plus élevés chez les femmes que chez les hommes, quel que soit le revenu des femmes et surtout si elles sont veuves, divorcées ou célibataires.

L'état civil, les liens familiaux et les amis sont d'autres facteurs qui contribuent à la santé mentale. Ainsi, les personnes âgées mariées des deux

sexes font état d'un plus haut niveau de bonheur que les aîné-e-s qui vivent seuls (qu'il s'agisse de personnes célibataires, veuves, séparées ou divorcées). Le fait de pouvoir établir de bons échanges avec une autre personne et, surtout, de pouvoir confier ses sentiments personnels à une autre personne, contribuent de façon significative au sentiment de bien-être. L'appui témoigné par l'autre peut avoir un effet «tampon» qui réduit l'impact du stress ou encore un effet «stimulant» qui permet à la personne de mieux faire face au stress. Selon un rapport préparé par Stone (1989), les relations sociales susceptibles d'avoir un effet de soutien sont plus faibles chez les aîné-e-s de plus de 80 ans qui vivent seuls, et plus particulièrement les femmes, que chez tout autre groupe plus jeune. Environ 35% des aîné-e-s de ce groupe n'ont qu'un seul ami ou membre de la famille sur qui ils peuvent compter.

D'autres facteurs qui influent sur la santé mentale méritent également d'être soulignés. Mentionnons entre autres l'accès à des activités enrichissantes ainsi qu'à des conditions de vie confortables, plaisantes et sécuritaires. Le fait d'appartenir à une minorité ethnique peut aussi avoir un effet, parfois positif parfois négatif, sur le bien-être mental des aîné-e-s.

INCIDENCE DES TROUBLES MENTAUX CHEZ LES AÎNÉ-E-S

L'incidence des maladies mentales n'est pas plus élevée chez les personnes âgées que chez les personnes des autres groupes d'âge. En fait, la prévalence des troubles mentaux diminue généralement après l'âge de 45 ans (D'Arcy, 1987). Des statistiques plus précises sur la fréquence de certains diagnostics chez les adultes de plus de 45 ans révèlent que de nombreuses formes de troubles mentaux diminuent avec l'âge. Par ailleurs, les hommes affichant une personnalité criminelle sont beaucoup moins nombreux parmi les aîné-e-s; ces hommes meurent parfois plus tôt et plus souvent de morts

violentes, ils sont emprisonnés ou encore leurs tendances criminelles régressent avec l'âge. Autre facteur encourageant, les différences observées entre les hommes et les femmes plus jeunes, quant à l'incidence de troubles tels que la dépression et l'anxiété, disparaissent presque entièrement chez les personnes plus âgées, à cause principalement de la réduction de la fréquence de ces maladies chez les femmes plus âgées (George, 1990)[1].

Les données ne sont toutefois pas toutes positives. Ainsi, l'incidence de la maladie d'Alzheimer et d'autres troubles organiques incurables du cerveau augmente dramatiquement avec l'âge. De plus, les taux de suicide, qui sont beaucoup plus élevés chez les hommes que chez les femmes, quel que soit l'âge, ont augmenté au cours des dernières années chez les hommes de plus de 75 ans. Par ailleurs, la consommation de médicaments qui agissent sur l'humeur, comme les tranquillisants mineurs et les sédatifs, est plus élevée chez les femmes âgées que dans tout autre groupe au Canada. Enfin, les aîné-e-s qui font état de symptômes d'anxiété ou de dépression éprouvent ces sentiments plus souvent que les jeunes. Les problèmes de santé mentale vécus par les adultes ayant une déficience intellectuelle et les aîné-e-s d'origine ethnique exigent qu'on y apporte notre attention. Il est clair qu'il y a encore des obstacles à surmonter pour améliorer la santé mentale des aîné-e-s au Canada.

---

1. Étant donné que les femmes âgées sont plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé chroniques et d'être pauvres, facteurs de risque importants à l'égard de la santé mentale, on peut de meurer perplexe d'apprendre qu'elles n'ont pas plus de problèmes de santé mentale que les hommes âgés. Comme l'indique George, plus de recherches sont nécessaires pour mieux connaître les effets du revenu, de la santé physiques et du sexe sur la santé mentale des femmes et des hommes âgés.

CONCLUSION

Il existe des moyens pour maintenir ou améliorer son bien-être personnel. Dans le cas de certains problèmes, toutefois, il peut s'avérer nécessaire de faire appel à d'autres ressources, comme les services de consultation par les pairs, les groupes d'entraide, les traitements professionnels ou les médicaments. Enfin, plusieurs maladies mentales, comme la démence dans ses phases avancées, peuvent nécessiter des soins en établissements.

RÉFÉRENCES

Birren, J.E., & Renner, V.J. (1980). Concepts and issues of mental health and aging. In J.E. Birren & R.B. Sloane (Eds.) *Handbook of mental health and aging*. (pp. 5). Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

Connidis, I. (1987). Life in older age: The view from the top. In V.W. Marshall (Éd.), *Aging in Canada*. (2e. éd.). Toronto: Fitzhenry & Whiteside.

Conseil consultatif sur le troisième âge. (1989). *Pour mieux comprendre l'autonomie des aînés. 1er Rapport: Obstacles et avenues de solution*. Ottawa: Ministre des Approvisionnements et Services.

Conseil consultatif national sur le troisième âge. (1990). *Pour mieux comprendre l'autonomie des aînés. Rapport n° 2. Leurs stratégies de prise en charge.* Ottawa: Ministre des Approvisionnements et Services.

D'Arcy, C. (1987). Aging and mental health. In V.W. Marshall (Éd.), *Aging in Canada*. (2e éd.). Toronto: Fitzhenry & Whiteside.

George, L. (1990). Gender, age and psychiatric disorders. *Generations*, 14(3), 22-27.

Reker, G., Peacock, E.J., & Wong, P. (1987). Meaning and purpose in life and well-being: A life-span perspective. *Journal of Gerontology*, 42(1), 44-49.

Ryff, C. (1987). The challenge of successful aging. Discours-programme présenté à l'Association canadienne de gérontologie, Calgary, Alberta, 24 octobre.

Stone, L. (1989). *Liens de famille et d'amitié chez les Canadiens âgés*. Ottawa: Ministre des Approvisionnements et Services.

Stones, M. & Kozma, A. (1989). Happiness and activities in later life: A propensity formulation. *Canadian Psychology*, 30(3), 526-537.

LA DÉPRESSION, LA SOLITUDE ET LE DEUIL CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

par

Philippe Cappeliez, Ph.D.
École de psychologie
Université d'Ottawa

Mars 1991
Conseil consultatif national sur le troisième âge

TABLE DES MATIÈRES

Page

Introduction 27

1. La dépression 27

1.1 La prévalence de la dépression chez les personnes âgées 27

1.2 Les symptômes 28

1.3 Les causes 30

1.4 Les traitements 31

1.5 S'aider soi-même 32

2. La solitude 35

2.1 La prévalence de la solitude chez les personnes âgées 35

2.2 Le portrait des individus à risque 36

2.3 Comment s'aider soi-même: Les amis et la famille 37

3. Le deuil 38

3.1 La probabilité du deuil 38

3.2 L'expérience du deuil 38

3.3 Les changements dans la vie de la personne endeuillée 41

Conclusion 41

Références 43

INTRODUCTION

Qu'est-ce que la dépression? Quelle est la différence entre la dépression et la tristesse? La dépression est-elle plus fréquente parmi les personnes âgées? Quels sont les traitements proposés? Comment peut-on s'aider soi-même? Le sentiment de solitude est-il largement répandu chez les personnes âgées? Qui sont les personnes les plus vulnérables? Le deuil est-il généralement accompagné de dépression?

Voilà quelques-unes des questions auxquelles ce texte propose un début de réponse, en adoptant une perspective qui tienne compte de la continuité des expériences de la vie et des défis particuliers de l'âge adulte avancé.

1. LA DÉPRESSION

1.1 La prévalence de la dépression chez les personnes âgées

On pense souvent, à tort, que les problèmes de détresse psychologique, plus spécifiquement de dépression, sont plus fréquents chez les personnes âgées que dans le reste de la population (Cappeliez, 1988)[1]. L'avance en âge et la détérioration mentale sont même fréquemment considérées comme étant inéluctablement liées. La dépression est alors vue comme faisant partie du processus normal du vieillissement.

---

1. Les recherches disponibles suggèrent que 20 à 25% des personnes âgées semblent manifester de la dysphorie (manifestée par exemple par de l'insatisfaction générale, de la morosité, du pessimisme) à des degrés divers. Environ la moitié de ces cas (soit 10 à 15% de la population âgée totale) présentent des symptomes plus franchement dépressifs variant de modérés à sévères. Au sein de ce dernier groupe, la moitié des sujets (soit 5 à 8% de la population âgée totale) souffrent de dépression clinique, c'est-à-dire une dépression qui rencontre les critères d'un diagnostic psychiatrique.

   (Cappeliez, lettre au Rédacteur en chef, *Revue canadienne du vieillissement*.)

Malgré la croyance populaire, les recherches faites dans divers pays n'appuient pas un tableau pessimiste. Dans l'ensemble, ces études, qui ont fait l'objet de recensions critiques récentes (Feinson, 1989; Newmann, 1989), indiquent que la proportion des personnes âgées souffrant de dépression n'est pas plus élevée que chez les plus jeunes. Certaines études (Bland et al., 1988; Myers et al., 1984) ont même rapporté que les groupes plus jeunes, en particulier les 25-44 ans, présentaient les taux les plus élevés de dépression, soit environ 10 % comparativement à environ 5 % chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Ces données ont été soumises à diverses interprétations et critiques méthodologiques (Cappeliez, 1988; Newmann, 1989), mais elles ont au moins le mérite de remettre en question l'idée que vieillir s'accompagne nécessairement d'un risque accru de dépression.

Il est donc fondamental que les symptômes de dépression manifestés par une personne âgée soient considérés comme tels, c'est-à-dire comme les signes d'une détresse émotionnelle nécessitant une intervention d'aide. Ils ne doivent pas être considérés hâtivement comme un état inévitable dû au vieillissement. Par ailleurs, le fait que nous sachions que la prévalence de la dépression n'augmente pas avec l'âge ne doit pas nous faire négliger les personnes âgées qui sont effectivement victimes de dépression.

1.2 Les symptômes

Le terme «dépression» est utilisé pour décrire plusieurs états différents. Nous l'employons couramment pour décrire un changement négatif, temporaire et plutôt léger de l'humeur. Il s'agit souvent d'une réaction normale d'adaptation à une perte. Cette réaction tend à se dissiper avec le temps et elle a peu de conséquences graves et durables sur les activités de la personne. Par ailleurs, la dépression peut se présenter sous une forme plus sérieuse, que les

professionnels de la santé mentale qualifient de «clinique». Les symptômes sont plus graves et ils tendent à persister. Le Tableau 1 présente ces symptômes.

TABLEAU 1 - LES SYMPTÔMES

1	Changements de comportement	• ralentissement général (ou agitation) • perte d'intérêt et de plaisir face aux activités qui en généraient normalement • repli sur soi, diminution des activités sociales
2	Changements émotionnels	• tristesse marquée ou sentiment de vide • démoralisation, désespoir • irritabilité • anxiété
3	Changements cognitifs	• difficultés de concentration et de mémoire • auto-critique, dévalorisation de soi • pensées suicidaires
4	Changements physiques	• troubles du sommeil (réveils matinaux précoces, insomnie, etc.) • fatigue chronique, perte d'énergie • perte de l'appétit • perte d'intérêt pour les activités sexuelles • maux physiques: (constipation, maux de tête, etc.)

1.3 Les causes

La dépression est un phénomène complexe dont les causes potentielles sont multiples. Il est clair que la dépression peut survenir à la suite de la perte d'un être cher, de certaines capacités ou de certains rôles. Il est toutefois évident que toutes les personnes qui vivent ces situations ne sombrent pas nécessairement dans la dépression. Dans le cas des personnes âgées, la perte du rôle social est aussi une variable que l'on ne peut négliger.

Les recherches des dernières décennies ont identifié quelques facteurs qui font que certaines personnes sont plus vulnérables que d'autres à la dépression. L'un de ces facteurs est un déséquilibre biochimique cérébral qui influence l'humeur et qui est possiblement transmis génétiquement. La dépression résulterait alors de l'activation de ce déséquilibre.

On pense que les symptômes physiques de la dépression comme les difficultés de sommeil, les pertes d'appétit et d'énergie, en particulier, pourraient être attribuées à ce déséquilibre.

Certains types de personnalité sont plus vulnérables que d'autres à la dépression. Les personnes qui sont très auto-critiques et qui ont tendance à exiger beaucoup d'elles-mêmes, ainsi que les personnes anormalement passives et dépendantes, sont plus susceptibles de souffrir de dépression.

Un autre facteur de risque est le manque d'habileté à former et à maintenir des relations sociales satisfaisantes. Les personnes qui ont été exposées dès leur jeune âge à l'abandon ou à la négligence affective et aux abus physiques et psychologiques sont aussi plus vulnérables.

Chez les personnes âgées, la santé revêt une importance particulière à titre de prédicteur de la dépression (Cappeliez, 1988; McNeil & Harsany, 1989). Les problèmes de santé, et les limitations et tracas qu'ils occasionnent, semblent jouer un rôle prépondérant dans le déclenchement des états dépressifs chez les personnes âgées. Outre ses conséquences proprement physiques, la maladie peut influencer l'émergence de la dépression parce qu'elle interfère avec les sources de valorisation personnelle et d'estime de soi, car la maladie limite les activités et les relations sociales et réduit le sentiment de contrôle et d'autonomie de l'individu.

1.4 Les traitements de la dépression

Le répertoire des traitements ne diffère pas en fonction de l'âge. Les interventions physiques, qu'il s'agisse de médicaments antidépresseurs ou de thérapie électroconvulsive, sont utilisées auprès des personnes âgées avec un taux de succès similaire à celui obtenu auprès des individus appartenant aux autres groupes d'âge, soit environ 60 % (Meyers & Alexopoulos, 1988; Rockwell et al., 1988).

Si l'intervention psychologique dite «de soutien» est couramment pratiquée, les psychothérapies à visée spécifique ont été longtemps ignorées à titre d'intervention auprès des personnes âgées déprimées. Quelques travaux très récents documentent l'efficacité de ces thérapies (Beutler et al., 1987; Gallagher-Thompson et al., 1990; Thompson et al., 1987).

Les thérapies cognitive, comportementale, psychodynamique--individuelle ou en groupe--se sont avérées efficaces pour les personnes âgées. La thérapie cognitive vise à aider la personne déprimée à identifier et à mettre

à l'épreuve les visions négatives qu'elle a d'elle même, de l'avenir et du monde et à examiner les attitudes et croyances sur lesquelles elle fonde le sentiment de sa propre valeur (Cappeliez, 1986). La **thérapie comportementale** cherche à aider l'individu à augmenter son niveau d'activité et à développer de meilleures habiletés d'adaptation, en particulier les habiletés sociales. Enfin, la **thérapie psychodynamique** vise à modifier la structure de la personnalité en vue d'en favoriser le fonctionnement. Elle implique habituellement la reconnaissance et l'altération des mécanismes de défense. On peut déjà entrevoir des recherches sur d'autres formes de thérapie ainsi que la poursuite d'études plus détaillées sur les mécanismes responsables des changements thérapeutiques.

L'envers de la médaille toutefois, c'est que 40 % des personnes déprimées ne bénéficient pas du succès espéré des différentes interventions. Il faut aussi compter toutes les personnes âgées dont l'état justifierait une aide professionnelle, mais qui ne la recherchent pas. Il reste donc beaucoup à faire pour atteindre les personnes âgées qui en ont le plus besoin et pour améliorer l'efficacité de nos interventions.

1.5 Que faire pour s'aider soi-même

Les activités physiques et sociales sont importantes.

> «L'activité physique et l'activité sociale favorisent la compétence fonctionnelle. Elles ont des effets préventifs et curatifs sur le stress et la maladie. D'une part, l'activité physique a une propriété tonique énergisante générale [...] et concourt au maintien de la santé [...]. D'autre part, l'activité sociale fournit non seulement une stimulation intellectuelle, mais elle situe aussi la personne au sein d'un réseau de

soutien social qui aide à réduire l'impact de la maladie.» (Stones & Kozma, 1989, p. 533, traduction libre).

Le soutien social joue aussi un rôle important pour combattre la dépression. Les effets positifs des relations sociales se font d'ailleurs sentir au-delà du domaine de la dépression. On sait que les personnes qui disposent d'un réseau plus étendu de relations sociales bénéficient d'une meilleure santé physique et mentale (House et al., 1988). Il apparaît que le soutien d'une relation intime est particulièrement important pour lutter contre la dépression. La personne âgée qui se confie à un ou une partenaire compose mieux avec la dépression.

Certains traits de caractère aident à mieux résister. Les personnes qui cherchent les moyens de résoudre les problèmes résistent mieux à la dépression que celles qui tentent plutôt de contrôler leurs émotions. De plus, les personnes qui ont un «foyer interne» de contrôle des sentiments font mieux face à la dépression que celles qui ont un «foyer externe» de contrôle des sentiments. Quand on parle du foyer interne, on fait référence au contrôle que l'on s'attribue à soi-même, comparativement à celui qu'on attribue aux autres ou aux événements.

Le maintien de l'ouverture d'esprit face aux expériences de la vie apparaît comme une stratégie d'adaptation importante pour faire face à la dépression et contrecarrer la tendance à se replier sur soi-même.

Comme le soulignait Wong (1989), la signification que l'on attribue à sa propre existence contribue non seulement à la promotion de la santé, mais aussi au maintien du moral durant les périodes de difficultés et de maladies.

La signification que quelqu'un accorde à sa propre existence peut emprunter de nombreuses voies. La religion, la croissance spirituelle, la prise de responsabilités sociales et la poursuite d'idéaux constituent quelques exemples. Les liens qui existent entre l'image et les traits de personnalité comme l'ouverture d'esprit et l'implication sociale sont évidents. Et c'est ici que l'on touche à un défi primordial: celui de créer des rôles sociaux qui ont un sens pour l'individu au cours des années de maturité.

Les psychologues de différentes écoles de pensée s'entendent pour dire qu'un facteur essentiel d'adaptation réside dans la signification que l'individu attribue au vieillissement. La perception qu'on a de notre propre vieillissement est reliée à l'équilibre que nous avons pu instituer entre ce que nous désirons et ce que nous avons. Par conséquent, si nous avons des difficultés à vieillir, il est possible d'améliorer notre vie en créant un meilleur équilibre entre nos attentes et ce que nous pouvons réellement faire. Nous pouvons atteindre plus facilement cet équilibre en restant actif et en développant des attentes réalistes face à nos capacités.

- Faire de nouvelles connaissances est bénéfique. L'isolement augmente la vulnérabilité à la dépression. Nous avons tous besoin des autres pour échanger nos vues, pour discuter nos opinions et pour sentir que nous sommes utiles à la société.
- Il est important de développer et de poursuivre les activités qu'on aime, particulièrement celles qui nous mettent en contact avec les autres.
- Prendre nos décisions nous-même est aussi important. Trop souvent, les personnes âgées laissent les autres prendre les décisions à leur place.

Une bonne décision est souvent prise après avoir obtenu de nouvelles informations et l'opinion d'autres personnes.

- Il est bon de prendre certains risques et d'essayer des choses nouvelles, sans s'attendre à réussir nécessairement du premier coup. Si nous nous limitons à ce qui est familier, notre vie devient de plus en plus étroite et ennuyeuse.
- Il ne faut pas avoir peur de demander de l'aide. On hésite parfois à demander de l'aide lorsque ça ne va pas. On ne veut pas être un fardeau pour les autres, on ne veut pas les embarrasser. On pense qu'on n'a pas le droit de demander cette aide, qu'elle n'est pas disponible ou qu'elle est difficile à obtenir. Plusieurs personnes âgées se refusent à demander de l'aide de peur d'être considérées comme folles ou incompétentes. Une fois qu'elles ont surmonté cet obstacle et qu'elles reçoivent cette aide, elles constatent que c'est plutôt un signe de santé et un moyen de contrôle que d'avoir la maturité de demander de l'aide.

2. LA SOLITUDE

2.1 La prévention de la solitide chez les personnes âgées

A la phase la plus avancée de la vie adulte, plusieurs sont confrontés à une série d'événements qui peuvent objectivement conduire à l'isolement, par exemple, le décès du conjoint ou de la conjointe, le décès de certains amis et connaissances, l'éloignement géographique des enfants et les handicaps limitant la mobilité. On devrait donc s'attendre à trouver un plus fort sentiment de solitude dans cette tranche de la population. Des recherches (De Grâce et al., 1987) démentent pourtant cette idée.

Un nombre restreint de personnes âgées déclarent souffrir de solitude. Des comparaisons avec des individus d'autres groupes d'âge indiquent que les personnes âgées souffrent moins de solitude que les plus jeunes. Le contraste avec les adolescents est particulièrement frappant: il s'explique par la différence que nous faisons entre l'isolement social, qui est une réalité objective, et la solitude qui est un sentiment. La solitude peut être définie comme **l'état d'insatisfaction** par rapport à la quantité et à la qualité des relations interpersonnelles.

Le problème de la solitude n'est donc peut-être pas aussi généralisé qu'on pourrait le penser. Cela dit, il reste que certaines personnes âgées souffrent beaucoup de solitude et qu'il importe d'identifier les personnes à risque.

2.2 Le portrait des individus à risque

Il ne semble pas que les facteurs comme l'âge, le sexe, le niveau d'instruction ou le revenu prédisposent à la solitude. Le type d'habitat, soit maison privée, institution, logement pour personnes âgées, n'apparaît pas être un facteur non plus; par contre, le degré d'insatisfaction par rapport au type de résidence peut, lui, jouer un rôle. De même, le nombre d'activités ne semble pas affecter le niveau de solitude, mais l'insatisfaction par rapport à la quantité et au type d'activités peut, encore une fois, y être reliée. Les veuves et les veufs souffrent généralement plus de solitude que les personnes mariées. Ceci est surtout vrai au cours des premières années après le décès du conjoint ou de la conjointe; le sentiment de solitude diminue ensuite graduellement pour la plupart des gens. Des facteurs comme la difficulté à entendre, l'incapacité physique, la perception négative de sa propre santé causent des sentiments de

solitude plus prononcés. La solitude peut aussi être associée à l'anxiété sociale et à de pauvres habiletés sociales.

Personne ne sera surpris d'apprendre que les gens qui se sentent seuls retirent moins de satisfaction de l'existence que les autres. Ces personnes présentent aussi davantage de signes de dépression et de sentiments négatifs d'ennui et d'inutilité.

2.3 Comment s'aider soi-même: Les amis et la famille

Il est intéressant de souligner l'importance des relations d'amitié pour contrecarrer le sentiment de solitude. Selon une enquête canado-américaine (Larson et al., 1986), il semble que les contacts amicaux dépassent en importance les contacts familiaux en ce qui concerne les sentiments de valorisation de soi et d'appartenance ainsi que la promotion des échanges affectifs. D'après les renseignements recueillis par les auteurs, il semble que l'amitié servirait à réaffirmer le sens d'identité et d'appartenance avec la communauté, en plus de fournir une sensation de plaisir dans un contexte de spontanéité et de réciprocité.

De plus les activités poursuivies avec les amis seraient perçues comme étant plus intéressantes parce que plus variées que celles faites en famille. D'autre part, les interactions avec les membres de la famille seraient perçues comme étant stériles, rigides et ritualisées.

Par ailleurs, le facteur principal expliquant la solitude n'est pas l'isolement social comme donnée objective, mais plutôt l'absence d'une personne avec qui on puisse partager sur le plan affectif. Ceci permet de

comprendre que des personnes âgées vivant avec des étrangers avec qui elles n'entretiennent aucune relation affective auront plus tendance à souffrir de solitude et de dépression que des personnes âgées vivant seuls.

3. LE DEUIL

3.1 La probabilité d'endeuillement

Le sujet du deuil est très complexe. Il est cependant évident qu'avec l'âge, le deuil, plus particulièrement la perte du conjoint ou de la conjointe, et celle des amis et amies du même âge, est vécu par un nombre croissant d'individus. Une augmentation de la fréquence du deuil ne signifie pas nécessairement une aggravation de la détresse psychologique. Selon quelques auteurs, comme Neugarten (1970), certaines pertes pourraient être mieux tolérées par les personnes âgées parce qu'elles se produisent à une période de l'existence où les personnes âgées s'y attendent.

3.2 L'expérience du deuil

Le bons sens nous dicte que la personne endeuillée a besoin de temps pour s'adapter à la perte subie. La période de deuil, que l'on peut qualifier de normale, pourra se manifester chez les personnes âgées, comme chez les plus jeunes, par des sentiments de détresse et d'insatisfaction, par des pleurs et même des problèmes de sommeil. Il s'agit de manifestations physiques, émotionnelles et intellectuelles d'ajustement à la perte d'un être cher qui chevauchent certains des symptômes de la dépression décrits plus haut. Toutefois, à la différence de la dépression, les sentiments de dévalorisation de

soi ne sont pas habituels dans le cas du deuil «normal». Plusieurs auteurs ont proposé un schéma temporel des diverses phases du deuil (Tableau 2).

De plus, comme le deuil ne se déroule pas de la même manière pour toutes et tous, il faut se garder de considérer ces phases comme des passages nécessaires. Leur séquence et leur intensité n'est pas uniforme non plus. Il s'agit plutôt d'un modèle pour comprendre l'expérience du deuil. Même si la personne endeuillée reprend ses activités normales après quelques jours, les moments de grande tristesse continuent pendant plusieurs semaines et plusieurs mois. Avec le temps, ces moments diminuent en intensité et en fréquence.

Selon la synthèse des travaux effectuée par Wisocki & Averill (1987), l'expérience du deuil chez la personne âgée peut se distinguer de celle d'une personne plus jeune. Ainsi, la personne âgée endeuillée pourra avoir davantage de symptômes physiques tels que la douleur et les problèmes gastro-intestinaux, qu'une personne plus jeune. La personne âgée pourra aussi présenter une tendance plus marquée à l'isolement et à l'apathie. Un deuil plus difficile à vivre pourra être caractérisé par la présence de pensées et de sentiments conflictuels de dévalorisation de soi et de désespoir, de culpabilité et de colère.

Il est facile pour l'observateur non averti de sous-estimer le temps nécessaire à une personne pour se remettre de son deuil.

TABLEAU 2 - LES PHASES DU DEUIL		
1	Le choc	• Sensation d'être coupé du monde • Sentiments de torpeur et d'irréalité
2	La protestation et la souffrance de la séparation	• Douleur intense souvent accompagnée d'agitation pendant laquelle la personne endeuillée est habitée par la «présence» (p. ex., souvenirs, rêves) de la personne décédée, et se rebelle contre la perte
3	La désorganisation et le désespoir	• La perte est acceptée mais un sentiment d'amertume s'installe • L'apathie et le repli sur soi, ainsi que la perte de l'appétit et les problèmes de sommeil peuvent se présenter, accompagnés de sentiments conflictuels d'irritabilité, de culpabilité, de honte, de colère et de désespoir
4	Le détachement et la réorganisation	• Intégration de la perte dans un devenir • Élaboration de nouvelles manières de voir le monde et son propre rôle • Ajustements dans la vie quotidienne • Création de nouveaux objectifs d'existence et retour de l'espoir

3.3 Les changements dans la vie de la personne endeuillée

Les effets du deuil sur la santé physique sont sujets à controverse (Wisocki & Averill, 1987). Certaines études rapportent une augmentation des taux de mortalité ou une détérioration de la santé parmi les personnes récemment endeuillées. D'autre études, par contre, ne constatent pas de changements majeurs dans les indices de santé. On reconnaît cependant que le deuil représente un stress important et qu'il cause des modifications importantes dans la vie de la personne endeuillée (pensons aux ressources financières, changement de domicile, responsabilités nouvelles ou additionnelles). Les recherches actuelles considèrent que ces conséquences directes et indirectes du deuil seraient déterminantes dans l'impact du deuil sur la santé physique et mentale.

Encore une fois, il apparaît que le soutien des amis et des proches est particulièrement important. L'entourage de la personne endeuillée devrait lui permettre d'exprimer sa peine pendant un certain temps afin qu'elle l'apprivoise, puis devrait l'encourager petit à petit à reprendre ses activités et à se rebâtir une vie sans la personne défunte (Gauthier & Marshall, 1977). Les groupes d'entraide qui mettent en contact des personnes qui ont vécu ou qui vivent la même expérience, peuvent aussi s'avérer très utiles.

CONCLUSION

Cette présentation débouche sur une perspective positive de la santé mentale des personnes âgées. Il semble que les difficultés abordées ici ne soient pas aussi répandues, ni aussi graves qu'on le croit habituellement. Des

interventions efficaces sont disponibles pour aider ceux et celles dont les capacités personnelles d'adaptation sont insuffisantes.

Cette vision rassurante se doit cependant de demeurer réaliste. Un certain nombre de personnes âgées font face à des difficultés plus importantes que la majorité dans les domaines de la dépression, de la solitude et du deuil. C'est pour ces personnes qu'il importe d'améliorer nos stratégies de prévention et d'intervention, et surtout de rendre les services plus accessibles.

RÉFÉRENCES

Beutler, L.E. et al. (1987). Group cognitive therapy and Alprazolam in the treatment of depression in older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55,* 550-556.

Bland, R.C. et al. (1988). Period prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 77*(338), 33-42.

Cappeliez, P. (1986). Thérapies cognitives: Interventions auprès des personnes âgées déprimées. *Le Gérontophile, 8,* 12-15.

Cappeliez, P. (1988). Quelques considérations sur la prévalence et l'étiologie des états dépressifs de la personne âgée. *Revue canadienne du vieillissement, 7,* 417-430.

De Grâce, J.-R. et al. (1987). Les caractéristiques psychosociales associées à la solitude chez les personnes âgées, selon le type d'habitat. *Revue canadienne des sciences du comportement, 19,* 268-313.

Feinson, M.C. (1989). Are psychological disorders most prevalent among older adults? Examining the evidence. *Social Science and Medicine, 29,* 1175-1181.

Gallagher-Thompson, D. et al. (1990). Maintenance of gains versus relapse following brief psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 3,* 371-374.

Gauthier, J., & Marshall, W. (1987). Grief: A cognitive-behavioral analysis. *Cognitive Therapy and Research, 1,* 39-44.

House, J.S. et al. (1988). Social relationships and health. *Science, 241,* 540-545.

Larson, R. et al. (1986). Daily well-being of older adults with friends and family. *Psychology and Aging, 1,* 117-126.

McNeil, J.K., & Harsany, M. (1989). An age difference view of depression. *Canadian Psychology, 30,* 608-615.

Meyers, B.S., & Alexopoulos, G.S. (1988). Geriatric depression. *Medical Clinics of North America, 72,* 847-865.

Meyers, J.K. et al. (1984). Six-months prevalence of psychiatric disorders in three communities. *Archives of General Psychiatry, 42,* 959-967.

Neugarten, B.L. (1970). Adaptation and life cycle. *Journal of Geriatric Psychology, 4,* 71-87.

Newmann, J.P. (1989). Aging and depression. *Psychology and Aging, 4,* 150-165.

Rockwell, E. et al. (1988). Antidepressant drug studies in the elderly. *Psychiatric Clinics of North America, 11,* 215-233.

Stones, M.J., & Kozma, A. (1989). Happiness and activities in later life: A propensity formulation. *Canadian Psychology, 30,* 526-537.

Thompson, L.W. et al. (1987). Comparative effectiveness of psychotherapies for depressed elders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55,* 385-390.

Wisocki, P.A., & Averill, J.R. (1987). The challenge of bereavement. In L.L. Carstensen & B.A. Edelstein, (Éd.), *Handbook of Clinical Gerontology.* New York: Pergamon Press.

Wong, P.T.P. (1989). Personal meaning and successful aging. *Canadian Psychology, 30,* 516-525.

CONFUSION ET DÉMENCE CHEZ LES AÎNÉ-E-S

par

Nathan Herrmann
Psychiatre
Sunnybrook Medical Centre

Mars 1991
Conseil consultatif national sur le troisième âge

TABLE DES MATIÈRES

Page

Introduction 49

1. La maladie d'Alzheimer 50

2. Autres démences 52

3. Le délire 54

4. Les soins aux personnes atteintes de démence 55

   4.1 Le diagnostic 55
   4.2 Buts et attentes 56
   4.3 Planification: Comment utiliser «le système» 56
   4.4 Le traitement médical 57
   4.5 Où traiter? 58
   4.6 Appui aux aidants informels 59

Conclusion 60

Références 61

Lectures suggérées 62

INTRODUCTION

Les démences forment un groupe de maladies caractérisées par une détérioration mentale progressive, souvent appelée «trouble cognitif». Par trouble cognitif, on entend une perte des capacités mentales pouvant inclure des problèmes d'attention, de concentration, d'orientation et de mémoire. Bien que le fait d'oublier des choses, comme le nom d'une personne ou des rendez-vous, peut se produire occasionnellement à tout âge, cette perte de mémoire peut être plus fréquente chez les aîné-e-s. Cependant, contrairement à ces oublis mineurs, les pertes de mémoire et les autres troubles cognitifs associés à la démence sont beaucoup plus graves et peuvent altérer le fonctionnement.

Par altération fonctionnelle, on entend un changement dans le fonctionnement social ou professionnel d'une personne ou une diminution de sa capacité d'effectuer des tâches quotidiennes comme s'habiller, se laver et se nourrir. Cette incapacité d'effectuer les tâches de la vie quotidienne peut à son tour réduire de façon significative le degré d'autonomie d'une personne. Par ailleurs, en plus de la détérioration mentale et la perte d'autonomie fonctionnelle, les personnes souffrant de démence peuvent afficher un vaste éventail de troubles de comportement comme l'agitation, les hallucinations, la paranoïa et la dépression (Ropper, 1979).

Auparavant, on pensait à tort que les démences, étaient attribuables à un durcissement des artères. En fait, la démence peut être causée par plusieurs maladies distinctes affectant le cerveau, bien que la maladie d'Alzheimer soit la forme la plus connue et la plus courante de démence. Le diagnostic dépend en grande partie des antécédents médicaux de l'individu et des symptômes présents. Quelques-unes de ces démences sont réversibles (guérissables) si le problème sous-jacent est corrigé.

La démence constitue un grave problème de santé au Canada et ailleurs. Ainsi, de 5 à 10 % des personnes de 65+ ans et 20 % de celles de 80+ ans souffrent d'une forme quelconque de cette maladie (Jenike, 1986). Par ailleurs, ces chiffres, qui montrent que le risque de souffrir de démence augmente avec l'âge, sous-estiment probablement le nombre réel de cas (Evans et al., 1989; Jeans et al., 1987). En effet, dans les centres d'accueil et foyers pour personnes âgées, il arrive souvent que plus de la moitié des résidents souffrent de démence. En plus de la souffrance associée à la maladie elle-même, les démences ont un impact considérable sur le bien-être des aidants informels (Rabins, 1988) et sur les coûts des soins de santé pour notre société.

Ce document traite brièvement de la maladie d'Alzheimer, du délire et d'autres formes de démence. Il jette également un coup d'oeil sur divers aspects des soins à accorder aux personnes atteintes de démence.

1. LA MALADIE D'ALZHEIMER

M. X, âgé de 80 ans, vivait avec sa femme de 76 ans. Durant une période de cinq ans, il a commencé à perdre la mémoire et à avoir de plus en plus besoin de l'aide de sa femme pour s'habiller, se laver et manger. Il ne reconnaissait plus ses enfants, perdait la notion du temps et avait souvent de la difficulté à trouver les mots pour s'exprimer. Il a alors été examiné par un médecin qui a diagnostiqué la maladie d'Alzheimer. Le médecin a proposé à l'épouse du malade d'envisager le placement dans un foyer mais celle-ci a refusé et continué de prendre soin de son mari à la maison. Lorsqu'elle-même est tombée malade et a dû être hospitalisée, M. X a emménagé chez sa fille. À la suite de ce déménagement, il est devenu encore plus confus et agité et il accusait souvent sa fille de lui voler son argent.

Environ 50 % des personnes atteintes de démence souffriront également de la maladie d'Alzheimer, aussi connue sous le nom de démence sénile de type Alzheimer. Il s'agit d'une maladie évolutive qui se manifeste habituellement à un âge moyen ou avancé de la vie et dont la fréquence augmente avec l'âge. Bien que l'évolution de la maladie varie, celle-ci comporte habituellement plusieurs phases (Raskind, 1989).

Au départ, la personne peut éprouver des problèmes au niveau de la mémoire récente, oublier des noms ou égarer des choses. Il est souvent extrêmement difficile, à ce stade, de faire la distinction entre les comportements «normaux» et «pathologiques». La personne peut également avoir des problèmes d'élocution, comme chercher ses mots ou avoir de la difficulté à nommer des objets courants. À ce stade, la personne a parfois conscience de ses difficultés et elle se replie sur elle-même ou elle devient déprimée.

Durant les phases ultérieures de la maladie, les problèmes de mémoire s'aggravent; la personne perd la notion du temps et elle a parfois de la difficulté à reconnaître son environnement. Son discours devient de plus en plus incohérent et elle éprouve des problèmes de compréhension. Elle peut également avoir de la difficulté à utiliser des objets courants ou à réaliser des tâches quotidiennes. La personne perd habituellement ses facultés de compréhension et ses connaissances. Les comportements comme les fugues, l'agitation, les hallucinations et la paranoïa deviennent plus fréquents.

Au cours des phases terminales de la maladie, la personne doit souvent être confinée au lit et elle devient entièrement dépendante des gens qui s'occupent d'elle. Si le malade est encore en mesure de parler, son langage est confus et incompréhensible. La détérioration physique et les infections comme

la pneumonie qui se manifestent durant cette phase finiront par causer sa mort.

Il n'existe à l'heure actuelle aucun test, aucune radiographie qui permette d'affirmer que la maladie d'Alzheimer est la cause spécifique de la démence. Le diagnostic est posé par le médecin sur la base des antécédents et de l'examen physique du malade et après élimination des autres causes identifiables. Le diagnostic certain de la maladie d'Alzheimer ne peut être posé qu'au moment de l'autopsie; l'examen microscopique des tissus du cerveau révèle alors la pathologie caractéristique de la maladie (Raskind, 1989).

On ignore encore la cause de la maladie d'Alzheimer. Le fait que plusieurs personnes soient atteintes au sein d'un petit nombre de familles laisse croire qu'au moins un sous-type de la maladie pourrait être héréditaire. Dans la plupart des cas, toutefois, les signes d'héritabilité sont beaucoup moins évidents.

Certains chercheurs ont suggéré qu'il existe un fondement génétique à la maladie, en se fondant sur le fait que la plupart des personnes qui souffrent du syndrome de Down finissent par présenter la pathologie caractéristique de la maladie d'Alzheimer (Kay, 1989). L'aluminium, certaines toxines environnementales et certains virus ont également été associés à la manifestation de la maladie, mais on ne s'entend pas encore véritablement sur la cause de la maladie.

2. AUTRES DÉMENCES

Bien que la maladie d'Alzheimer soit le type de démence le plus fréquent, il en existe beaucoup d'autres formes. Ainsi, la démence causée par de petits ictus répétés (appelée démence vasculaire) constitue le deuxième type de

démence le plus fréquent. La consommation excessive et chronique d'alcool (maladie de Korsakoff) de même que certaines maladies neurologiques comme la maladie de Parkinson, la chorée de Huntington et la sclérose en plaques sont également associées à la démence.

Voici quelques causes de la démence:

- Maladie d'Alzheimer
- Démence vasculaire
- Démence alcoolique
- Maladie de Pick
- Hydrocéphalie à pression normale
- Démence associée aux maladies de la thyroïde
- Démence associée à des maladies neurologiques (p. ex. maladie de Parkinson, sclérose en plaques)
- Démence associée à des infections (p. ex., syphilis)
- Démence associée à des tumeurs cérébrales
- Démence associée à des traumatismes crâniens

Quelques types de démences peuvent être réversibles. Ainsi, l'évolution des troubles cognitifs parfois associés aux maladies de la thyroïde et aux carences en vitamine peut être arrêtée et parfois même, le trouble régressera si le problème sous-jacent est corrigé.

Enfin, certains troubles psychiatriques du vieillissement, en particulier la dépression, peuvent provoquer des symptômes qu'il est difficile de distinguer de la démence. Le syndrome de la dépression, appelé «pseudodémence», a des particularités cliniques qui peuvent le distinguer de la vraie démence (LaRue, 1985); qui plus est, la dépression est réversible lorsqu'elle est traitée

adéquatement (voir chapitre de Cappeliez dans la présente publication). Il est important de noter à nouveau qu'il est primordial de procéder à une évaluation psychogériatrique en règle.

3. LE DÉLIRE

Le délire est une maladie relativement fréquente chez les personnes âgées. Il peut être accompagné de confusion, de troubles cognitifs et de troubles de comportement (Lipowski, 1989). Les symptômes se manifestent abruptement, habituellement en quelques heures ou quelques jours, et leur gravité varie, les symptômes étant souvent beaucoup plus graves le soir. Les personnes éprouvent toujours des difficultés d'attention et de concentration et elles manifestent souvent des troubles d'orientation, de mémoire immédiate, de langage ou d'autres troubles cognitifs. La personne peut avoir l'air et donner l'impression de rêver; les hallucinations, les illusions et les sentiments de persécution sont fréquents.

Comme le délire et la démence ont des caractéristiques communes, il est parfois difficile de faire la distinction entre les deux. Malgré cela, il est extrêmement important de reconnaître le délire, car il annonce souvent le début d'une maladie physique. Comme toutes les maladies physiques peuvent provoquer un délire chez les personnes âgées, elles doivent être considérées comme des urgences qui nécessitent une attention médicale immédiate et peut-être une hospitalisation. Parmi les causes de délire, mentionnons:

- les maladies qui ont des effets directs sur le cerveau comme les ictus, les tumeurs, les infections;
- les maladies qui affectent les reins, le foie ou le coeur;

- les infections virales et bactériennes;
- les médicaments ordonnancés ou en vente libre; et
- les états de sevrage de l'alcool, de barbituriques ou de sédatifs.

Contrairement à la démence, le délire est habituellement de courte durée (moins d'un mois) et les symptômes disparaissent après traitement du problème médical sous-jacent. Durant la manifestation des symptômes aigus, la personne en délire doit faire l'objet d'une observation étroite, être placée dans un environnement permettant d'éviter la sur-stimulation et la sous-stimulation et recevoir des sédatifs pour apaiser ses symptômes.

4. LES SOINS AUX PERSONNES ATTEINTES DE DÉMENCE

4.1 Le diagnostic

L'établissement d'un diagnostic précis constitue la première étape du traitement d'une personne souffrant de démence. En procédant à une étude longitudinale exhaustive des antécédents du malade, à un examen physique et à une série d'analyses en laboratoire, le médecin sera en mesure d'exclure la plupart des démences potentiellement réversibles et d'identifier les autres maladies physiques susceptibles d'exacerber la démence. À l'occasion, le médecin demandera un scintigramme de tomographie computérisée (CT Scan) du cerveau ou proposera une consultation avec un neurologue, un psychologue ou un psychiatre.

4.2 Buts et attentes

Si l'examen révèle la présence d'une démence irréversible évolutive comme la maladie d'Alzheimer, il est alors important pour l'aidant de fixer des objectifs réalistes et des attentes raisonnables. Il faut avant tout aider le malade à fonctionner le plus longtemps possible au plus haut niveau possible, tant physiquement, émotivement, qu'intellectuellement. Les attentes doivent être fixées en fonction du niveau de fonctionnement cognitif de la personne et ne doivent être ni trop grandes, ni trop faibles. Par ailleurs, l'intervenant doit toujours être conscient du fait que les troubles de comportement associés à la maladie sont une expression directe de la maladie sous-jacente du cerveau; de cette façon, on évitera que les épisodes de cris et de fugues soient qualifiés de comportements «manipulateurs» ou de scènes visant à «attirer l'attention» ou que l'agitation et l'agression passent pour les actes d'une «mauvaise» personne.

Il est également important de tenir compte du fait que la maladie évoluera et que les symptômes deviendront encore plus graves, d'où la nécessité de planifier en prévision de l'avenir.

4.3 Planification: Comment utiliser "le système"

Comme la plupart des aidants ignorent les nombreux aspects du traitement qui doivent être pris en considération, il est essentiel d'établir un réseau d'entraide et d'utiliser les composantes qui sont disponibles au sein du système de santé communautaire. Un médecin de famille attentif et soucieux s'avère souvent la personne la mieux placée pour diriger le traitement du malade et aider la famille à coordonner les interventions médicales et psychosociales. De leur côté, les travailleurs sociaux peuvent aider pour la mobilisation des services de soins à domicile, l'orientation vers les différents

programmes de jour et, à la fin, la préparation des demandes de placement dans les centres de soins de longue durée. Les membres de la famille, les amis, d'autres médecins, les infirmières visiteuses, les ergothérapeutes, les avocats et les membres du clergé peuvent également être appelés à intervenir à différentes étapes. La société Alzheimer du Canada est une excellente ressource qui offre de l'information et de l'aide aux familles qui ont à faire face à ces maladies. D'autres organismes similaires existent pour aider les gens aux prises avec d'autres maladies qui conduisent à la démence comme la sclérose en plaques.

Les questions d'ordre financier sont souvent oubliées lorsque vient le temps de planifier les besoins d'une personne souffrant de démence (Overman & Stoudemire, 1988). Cependant, les intervenants doivent, dès que possible, s'informer auprès des médecins et des avocats au sujet des procurations, des curatelles et autres questions d'ordre financier (Conseil consultatif national sur le troisième âge, 1991). Ce type de planification permet souvent aux aidants de sauver du temps et de l'argent et d'éviter des frustrations si le malade est un jour déclaré financièrement incompétent.

4.4 Le traitement médical

A l'heure actuelle, le diagnostic de la maladie d'Alzheimer ou d'une autre démence dégénérative suppose que les troubles cognitifs sont évolutifs et irréversibles. Il n'existe encore aucun médicament qui permette d'améliorer sensiblement les troubles de mémoire ou tout autre déficit cognitif (Jenike, 1986). Le traitement médical a donc pour but de surveiller et de traiter les maladies médicales et psychiatriques intercurrentes. Même une maladie relativement mineure comme une infection de la vessie ou une grippe peut précipiter le délire et aggraver de façon significative la confusion et les troubles de fonctionnement.

La dépression, les hallucinations, le délire et l'agitation sont des symptômes fréquents qui peuvent nécessiter un traitement (Reisberg et al., 1987). Bien que l'on ne s'entende pas encore sur la meilleure forme de traitement, la dépression associée à la démence répond bien aux médicaments antidépresseurs et aux interventions psychosociales. On peut également souvent traiter les symptômes psychotiques comme les hallucinations et le délire au moyen de neuroleptiques; ces médicaments peuvent toutefois provoquer de nombreux effets secondaires chez les déficients âgés. L'agitation est un autre problème extrêmement fréquent et difficile à traiter, qui nécessite des modifications du milieu, des interventions de nature comportementale ou psychologique ainsi que l'utilisation de médicaments. L'administration de médicaments psychoactifs, quels qu'ils soient, doit cependant faire l'objet d'une étroite surveillance et d'une réévaluation constante, car le vieillissement et la maladie cérébrale sous-jacente augmentent les risques de réactions indésirables.

4.5 Où traiter ?

Il y a plusieurs années, les membres de la famille qui prenaient soin des personnes atteintes de démence n'avaient que deux choix: traiter le malade à la maison avec très peu d'aide de l'extérieur ou admettre le malade dans un établissement de soins prolongés comme un centre d'accueil ou un foyer pour personnes âgées.

Aujourd'hui, dans bien des centres, les choix qui s'offrent aux familles sont plus nombreux. Ainsi, certains organismes communautaires offrent les services d'auxiliaire familiale, d'infirmières visiteuses, de travailleurs sociaux et d'ergothérapeutes. Il existe également des programmes de jour qui prévoient des activités récréatives et psychosociales. Certains hôpitaux disposent en outre «d'hôpitaux de jour pour adultes», où peuvent se rendre sur une base

quotidienne les personnes qui souffrent de troubles cognitifs et d'autres problèmes médicaux qui nécessitent une réadaptation. Certains hôpitaux offrent aussi des programmes d'admission intermittente, dans le cadre desquels des personnes atteintes de démence sont admises à l'hôpital pendant plusieurs semaines de façon à soulager temporairement les familles qui doivent s'en occuper.

Une des décisions les plus difficiles que doit prendre une famille consiste à déterminer si le malade doit être placé en établissement et, le cas échéant, à quel moment doit s'effectuer ce placement. De nombreux facteurs viennent compliquer cette décision, notamment le degré de détérioration et le type de troubles de comportement dont souffre le malade, les capacités physiques et émotives de l'aidant, ainsi que la disponibilité des services communautaires et de lits dans les établissements de soins prolongés. Les désirs du malade et de l'aidant sont d'autres facteurs importants dont il faut tenir compte. Quel que soit le processus de prise de décisions ou son résultat, il importe de planifier tôt et à long terme. Trop souvent, on évite ces décisions jusqu'au moment où se produit une crise aiguë qui nécessite l'admission d'urgence du malade dans un hôpital général. Or un tel scénario a souvent pour effet d'accroître de façon marquée l'état de confusion, de désorientation et d'agitation du malade et ses troubles de fonctionnement, en plus de retarder inutilement son admission dans un établissement de soins prolongés.

4.6 Appui aux aidants informels

La prestation de soins à une personne atteinte de démence évolutive donne lieu à un kaléidoscope d'émotions (peine, colère, frustration, désespoir, sentiment de culpabilité, mais aussi joie et fierté). La prestation de soins peut aussi être extrêmement stressante, tant du point de vue physique, émotif,

social, que financier (Rabins et al., 1982). Bien que bon nombre d'aidants réussissent remarquablement bien à surmonter le stress, d'autres éprouvent au contraire un sentiment d'épuisement et ils deviennent déprimés ou malades physiquement. Idéalement, le fardeau du traitement du malade ne doit pas reposer sur les épaules d'une seule personne, mais il doit le plus possible être partagé entre d'autres membres de la famille ou des amis. Malheureusement, une des plaintes souvent formulées par les intervenants est que la prestation de soins mène souvent à l'isolement et à la solitude.

Les groupes d'entraide pour les aidants informels mis en place par les hôpitaux locaux, les organismes communautaires et la Société Alzheimer constituent une excellente tribune pour y discuter des problèmes et y trouver aide et information. Lorsqu'un groupe de personnes qui s'occupent de malades se réunit, il y a alors mise en commun des problèmes et des solutions, ce qui peut être d'une valeur inestimable. Enfin, le seul fait de savoir que d'autres éprouvent le même type de problèmes suffit à en aider plusieurs.

CONCLUSION

Au cours de la dernière décennie, nous avons appris beaucoup sur la maladie d'Alzheimer et ses troubles connexes. Malheureusement, d'ici à ce qu'on découvre des traitements pour prévenir, stopper ou renverser le processus de détérioration mentale, ces maladies continueront d'exiger de plus en plus de la société, à mesure que la population vieillira. Aussi faudra-t-il affecter davantage de fonds publics et accorder une plus grande attention à ce problème, afin d'aider les aidants informels à supporter cet énorme fardeau. Les récentes découvertes sur la structure et le fonctionnement du cerveau pourraient, avec le temps, mener à des interventions qui apaiseront les souffrances des aîné-e-s et soulageront les familles de cette responsabilité.

RÉFÉRENCES

Conseil consultatif national sur le troisième âge. (1991). Pour avoir le dernier mot. *Expression, 7*(1).

Council on Scientific Affairs, American Medical Association. (1986). Dementia. *Journal of American Medical Association, 256,* 2234-2238.

Evans, D.A. et al. (1989). Prevalence of Alzheimer's disease in a community population of older persons. *Journal of American Medical Association. 262,* 2251-2556.

Jeans, E.R. et al. (1987). Some calculations on the prevalence of dementia in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry, 32,* 81-85.

Jenike, M.A. (1986). Alzheimer's disease: clinical care and management. *Psychomatics, 27,* 407-416.

Kay, D.W.K. (1989). Genetics, Alzheimer's disease and senile dementia. *British Journal of Psychiatry, 154,* 311-320.

Lipowski, Z.J. (1989). Delirium in the elderly patient. *New England Journal of Medicine, 320,* 578-582.

Overman, W., & Stoudemire, A. (1988). Guidelines for legal and financial counselling of Alzheimer's disease patients and their families. *American Journal of Psychiatry, 145,* 1495-1500.

Rabins, P.V. et al. (1982). The impact of dementia on the family. *Journal of American Medical Association, 248,* 333-335.

Rabins, P.V. (1988). Psychosocial aspects of dementia. *Journal of Clinical Psychiatry, 49*(5), 29-31.

Raskind, M.A. (1989). Organic mental disorders. In E.W. Busse & D.G. Blazer (Éd.), pp. 313-350. *Geriatric Psychiatry.* Washington: American Psychiatric Press.

Ropper, A. (1979). A rational approach to dementia. *Canadian Medical Association Journal, 121,* 1175-1188.

Reisberg, B. et al. (1987). Behavioral symptoms in Alzheimer's disease: phenomenology and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry, 48*(5), Suppl. 9-15.

Sadavody, J. (1983). A review of pseudodementia. *Perspectives in Psychiatry, 2,* 1-4.

LECTURES SUGGÉRÉES

Cohen, D., & Eisorderfer, C. (1986). *The loss of self.* New York: WW Norton.

Mace, N.L., & Rabins, P.V. (1981). *The 36-hour day: A family guide for caring for persons with Alzheimer's disease, related dementing illnesses and memory loss in later life.* Baltimore: John Hopkins University Press.

Powell, L.S., & Courtice., K. (1983). *Alzheimer's disease: A guide for families.* Reading, Mass.: Addison-Wesley Publishing Company.

PEURS ET ANXIÉTÉ CHEZ LES AÎNÉ-E-S

par

Guillème Pérodeau, Ph.D.
Département de psychiatrie, Université McGill
et
Centre de recherche de l'Hôpital Douglas

Mars 1991
Conseil consultatif national sur le troisième âge

TABLE DES MATIÈRES

Page

Introduction 67

1. Peurs et anxiété 68

1.1 Nature et prévalence 68

1.2 Aspect physiologique: Le ressenti 69

1.3 Apport cognitif: L'interprétation du ressenti 70

1.4 Facteurs de risque et de protection 70

2. Symptômes et adaptation à l'anxiété 71

2.1 Symptômes d'anxiété 71

2.2 Médicalisation du symptôme 72

2.3 Stratégies d'adaptation ou comment s'aider soi-même 74

Conclusion 77

Références 79

INTRODUCTION

Le vieillissement s'associe à des transformations physiologiques, psychologiques et sociales pour l'individu. Bien que ces changements reflètent le processus du vieillissement dans une société donnée et ne représentent rien d'anormal, certains d'entre eux peuvent déstabiliser la personne et par là même, affecter son état physique et psychologique. Par exemple, la retraite au sein d'une société valorisant le travail, ou un veuvage s'accompagnant d'insécurité financière peuvent entraîner des problèmes d'ajustement. Toutefois, comme dans toute transition, la capacité d'adaptation varie d'un individu à l'autre. Ces différences dépendent de facteurs socio-économiques, du sexe de la personne et d'autres facteurs personnels. Néanmoins, au-delà de la situation objective, les émotions et les attitudes de l'individu ont un rôle prédominant dans sa façon de réagir. Certaines de ces réactions, fort légitimes au départ, peuvent dégénérer en détresse psychologique chronique, paralysante pour la personne. Il est donc essentiel de séparer la réaction normale de la pathologie.

Les réactions de peur et d'anxiété sont des mécanismes instinctifs éprouvés par l'être humain à travers les âges. Au départ, le niveau d'éveil intense déclenché par diverses réactions physiologiques servait à faire face à un danger imminent que nos ancêtres devaient affronter ou fuir. La vie de nos jours n'est pas exempte d'écueils, mais ceux-ci mettent rarement la vie de la personne en danger immédiat. L'attaque ou la fuite physique ne sont de mise qu'en de très rares occasions. Néanmoins, la peur et l'anxiété continuent de mettre l'organisme en état d'alerte face aux situations qu'on juge être menaçantes.

La discussion présente porte exclusivement sur l'anxiété réactionnelle liée à l'expérience individuelle plutôt qu'à l'anxiété clinique relevant du domaine

des troubles psychiatriques, comme les phobies ou les attaques de panique. Le type d'anxiété le plus répandu chez les personnes du troisième âge relève de la première catégorie, c'est-à-dire le sentiment d'angoisse prenant racine dans l'expérience de la personne, selon sa façon de réagir aux circonstances de la vie. En ce sens, n'importe qui risque d'y être exposé. Il est donc important d'examiner le phénomène en détail, la forme qu'il prend dans la vie de tous les jours, ses conséquences et la façon d'y pallier.

1. PEURS ET ANXIÉTÉ

1.1 Nature et prévalence

La peur est provoquée par une menace tangible qu'une personne peut décrire sans problème. On peut, par exemple, avoir peur de conduire la voiture à cause des intempéries ou de marcher sur les trottoirs glacés, peurs d'ailleurs bien légitimes. L'anxiété est une continuation du sentiment de peur, sauf que sa cause précise est plus difficile à identifier. La personne anxieuse anticipe un danger diffus, plus ou moins fondé dans la réalité; elle ressent de la détresse intérieure accompagnée de symptômes désagréables comme des muscles douloureux, une sensation de boule dans la gorge, des difficultés à trouver son souffle, des troubles du sommeil et de la difficulté à se concentrer.

A niveau modéré, l'anxiété peut être une force qui pousse à agir, à s'adapter aux défis amenés par les changements de la vie; toutefois, si l'anxiété est vécue très intensément ou très longtemps sans résolution, l'individu peut en être accablée. Les peurs ou l'anxiété diffuse sont malsaines pour les gens dans la mesure où elles empêchent l'accomplissement des activité normales et nuisent aux relations sociales.

Il semble qu'environ 10 % des femmes âgées et 5 % des hommes âgés souffrent de sérieux problèmes d'anxiété (Gurland & Meyers, 1986); en effet, les adultes d'âge moyen rapportent plus de symptômes liés à l'anxiété que les aîné-e-s (D'Arcy, 1987). Selon divers experts, les craintes exprimées couramment par ces derniers sont la peur de la dépendance, de la sénilité et de l'institutionnalisation, la peur du crime et des accidents (tels les chutes), la peur de l'abandon et de l'isolement social. Selon Butler et Lewis (1982):

> «Le sentiment d'anxiété diffus s'intensifie chez les aîné-e-s car la maladie et la mort imminente érodent les illusions d'invulnérabilité érigées durant toute la vie». (Traduction libre)

Il faut noter cependant que cette prise de conscience de la vulnérabilité accrue n'est pas au même point anxiogène pour tous. Les personnes du quatrième âge (75+ ans) semblent moins anxieuses par rapport à la mort que celles du troisième âge. À cet âge, l'aîné-e est généralement moins anxieux, et ce par rapport à tout, un peu comme si le temps l'avait inoculé contre le stress.

1.2 Aspect physiologique: Le ressenti

Le vieillissement s'associe à une diminution de l'efficacité d'auto-régulation du système nerveux central. Chez les aîné-e-s, le délai de réaction au stress et le retour à la normale une fois la réaction déclenchée est plus long. Par ailleurs, la réaction elle-même est plus forte chez eux que chez les plus jeunes. Par exemple, chez les aîné-e-s, l'anxiété se traduit par un niveau plus élevé de pulsations cardiaques, plus long à revenir à la normale que dans le cas de personnes plus jeunes. En d'autres mots, face à des situations de stress, les aîné-e-s réagissent moins vite mais plus violemment que les jeunes adultes et la réaction demeure pendant des périodes plus longues. Il se peut dès lors, que

les aîné-e-s soient plus vulnérables aux situations difficiles. Il ne faut toutefois pas conclure que les aîné-e-s soient plus exposés aux risques associés à l'anxiété que d'autres groupes d'âge. L'être humain n'est pas le récepteur passif de stimulations envoyées par son environnement. Il bénéficie de mécanismes intermédiaires, d'ordre cognitif ou autre, qui modulent la réaction au stress ou mettent en marche des mécanismes compensateurs.

1.3 Apport cognitif: L'interprétation du ressenti

Parallèlement aux changements physiologiques que connaît l'être humain en vieillissant, il évolue dans sa façon de composer avec l'environnement. Plutôt que l'élément stressant lui-même, c'est l'attitude de la personne qui est significative. En fait, la manière d'appréhender les situations de stress dépend en partie de la perception que l'on s'en fait. Les attentes face à la situation jouent un rôle crucial. En fait, si les déséquilibres organiques sont éliminés, les aîné-e-s ne sont pas plus exposés à souffrir de troubles psychiatriques ni d'être plus anxieux ou déprimés que les plus jeunes. Ceci confirme l'hypothèse qu'une large proportion d'aîné-e-s s'adapte aux événements plutôt que de développer des problèmes émotifs. Toutefois, certains types de personnes sont plus à risque d'éprouver de la peur et de l'angoisse.

1.4 Facteurs de risque et de protection

Au plan démographique, les aîné-e-s les plus à risque de souffrir d'anxiété sont les femmes (particulièrement les veuves et les divorcées), les hommes célibataires, les personnes socio-économiquement défavorisées et celles vivant en institution. Au plan psychologique, l'anxiété est associée au sentiment d'impuissance et d'insatisfaction face à sa propre vie. Il semblerait que les personnes introverties et ayant le sentiment d'être manipulées par les

autres soient particulièrement à risque car elles semblent avoir moins de ressources pour résister au stress.

Les facteurs de protection sont représentés par des éléments comme la santé, un réseau de soutien familial structuré et disponible en cas de besoin, un coussin financier confortable afin de vivre dans le confort matériel même dans les périodes difficiles et des habitudes de vie saines et équilibrées.

2. SYMPTÔMES ET ADAPTATION À L'ANXIÉTÉ

2.1 Symptômes d'anxiété

Les symptômes d'anxiété se traduisent par un comportement agité, des sentiments d'appréhension et une préoccupation accrue des malaises physiques. Par ailleurs, il est important de noter que certaines maladies comme l'hypoglycémie, l'hyperthyroïdisme et la surconsommation de café occasionnent des symptômes simulant l'anxiété.

Sur le plan psychosocial, l'anxiété peut se manifester sous diverses formes comme la rigidité dans la pensée, la peur de rester seul et la méfiance (Butler & Lewis, 1982). Chez certains, l'anxiété chronique s'exprime par des troubles gastriques, par exemple, brûlures d'estomac, diarrhée, spasmes du colon et ulcères; de fait, il semble que la moitié des cas de troubles gastro-intestinaux chez les 65+ ans serait d'origine psychologique (Cohen, 1990).

Un symptôme d'anxiété fort répandu est l'insomnie qui, chez les aîné-e-s, se trouve compliquée par les changements dans les habitudes de sommeil dus au vieillissement normal et aux troubles physiologiques indépendants du sommeil (p. ex., troubles respiratoires). Naturellement, une personne qui est

anxieuse et dont l'organisme est en état d'alerte risquera davantage d'éprouver des difficultés à bénéficier d'un repos réparateur la nuit. Ainsi, quand un aîné-e souffre d'insomnie résultant de changements physiologiques et d'anxiété, difficultés d'ordre physiologique et psychologique, il peut s'attacher exclusivement aux symptômes physiques de l'insomnie plutôt que chercher la cause réelle de son anxiété. Il peut même attribuer sa nervosité accrue au manque de sommeil. Selon Cohen (1990), la soudaineté des plaintes est un bon indicateur de l'apport de l'anxiété aux perturbations du sommeil, car les changements associés au vieillissement normal se produisent graduellement et presque imperceptiblement.

2.2 Médicalisation du symptôme

La plupart des gens du troisième âge préfèrent insister sur leurs problèmes physiques plutôt que sur leurs troubles psychologiques. En fait, on a démontré que les patients expriment leur détresse d'une façon qui est culturellement acceptée. Il est donc possible de spéculer que les individus expriment certains problèmes psychosociaux de façon telle qu'ils soient considérés comme étant acceptables, puisque dans notre société la maladie est vue comme étant quasi inévitable à partir d'un certain âge. Les symptômes d'insomnie et de nervosité deviennent donc «légitimes» et sont amalgamés aux troubles physiologiques fréquemment ressentis par les aîné-e-s, comme les affections ostéo-articulaires ou cardio-vasculaires. De plus, comme la médecine s'attache souvent exclusivement aux symptômes physiologiques, elle s'appliquera surtout à traiter le patient par intervention pharmaceutique. Cette situation, combinée à l'utilisation plus fréquente des services médicaux par les aîné-e-s, par rapport au reste de la population, ainsi que leur hésitation à faire appel à des services d'aide psychologique, pourraient contribuer à leur surconsommation de médicaments psychotropes.

Les médicaments psychotropes utilisés pour traiter les problèmes du système nerveux central sont souvent identifiés comme étant des tranquillisants mineurs, majeurs, antidépresseurs et barbituriques. Ce sont les tranquillisants mineurs qui sont les plus souvent prescrits et qui feront l'objet principal de notre propos. Selon l'enquête Santé-Canada, ce sont les aîné-e-s de 65+ ans, particulièrement les femmes, qui sont les plus grandes consommatrices de psychotropes (20 % des femmes et 10,4 % des hommes disaient en avoir utilisé au cours des deux jours précédant le sondage).

Il semblerait que ces drogues soient appropriées que dans certaines situations spécifiques; par exemple dans le cas d'anxiété clinique (dont seulement une minorité d'aîné-e-s sont atteints) ou des situations de crise aiguë (et cela pour des périodes ne dépassant pas quelques semaines, suivies d'interventions thérapeutiques d'un autre ordre si les symptômes d'anxiété subsistent).

Malheureusement, les psychotropes et particulièrement les tranquillisants mineurs sont souvent utilisés sans discontinuer pendant plusieurs années. Cet état de fait est préoccupant car de nombreuses études ont fait ressortir les dangers associés à **l'utilisation prolongée** de psychotropes par les aîné-e-s. En effet, s'ils prennent ces médicaments à long terme, ils sont victimes d'effets secondaires comme les problèmes psychomoteurs, les pertes de mémoire, la perte de lucidité, la léthargie et les chutes répétées occasionnant des fractures. Notons en passant que les effets secondaires de plusieurs médicaments sont semblables à ceux de l'anxiété.

Ces effets sont accrus par l'utilisation prolongée des médicaments psychotropes, en particulier si l'organisme a de la difficulté à les éliminer. Les écrits médicaux à caractère scientifique recommandent l'utilisation de

psychotropes, sous certaines conditions, tout en reconnaissant les risques engendrés par les effets secondaires ou de sevrage.

Il est donc crucial d'examiner les alternatives à ce que certains qualifient de «béquille pharmaceutique» ou même de «camisole chimique» et qu'ils décrivent comme un simple «sparadrap» appliqué au problème. Certaines techniques ou stratégies d'adaptation peuvent être utilisées pour réduire le niveau d'anxiété ou combattre l'insomnie.

2.3 Stratégies d'adaptation ou comment s'aider soi-même

Le vieillissement comporte des éléments stressants propices à l'anxiété. Les sources de stress sont souvent peu manipulables, particulièrement celles qui mettent en cause les limites physiques; d'autres relèvent carrément de priorités socio-politiques. Toutefois, il ne faut pas perdre de vue les mécanismes cognitifs auxquels nous avons fait référence plus haut. Des mécanismes compensateurs se mettent en place. En particulier, la personne peut développer des techniques visant à diffuser l'anxiété produite par les éléments stressants dans sa vie. Par exemple, le fait de faire des comparaisons avec les personnes de la même génération est une source de réconfort et aide à mettre les choses en perspective. Par ailleurs, les aîné-e-s qui font appel à la réserve d'expérience accumulée au cours des années sont à même de prendre plus de recul. Par cela même, ils sont en mesure de réagir moins émotivement qu'une personne plus jeune, confrontée pour la première fois à une situation donnée. (Schulz, 1985).

Les personnes dont les sentiments anxieux se traduisent par l'insomnie peuvent s'aider, et ce sans somnifères, par les moyens suivants (Woodruff-Pak, 1987):

- passer moins de temps au lit; ne se coucher qu'une fois fatigué

- éviter les siestes dans la journée et se lever à heure fixe même après une mauvaise nuit

- ne pas consommer d'alcool, de thé ou de café après 18 h ou 19 h et les remplacer par des tisanes ou du lait chaud

- dormir dans des conditions propices au sommeil (bruit, confort, température)

- faire de l'exercice physique ou de la relaxation durant la journée.

Les options à l'utilisation de psychotropes pour faire face au quotidien doivent être prises en considération. L'enquête de Pérodeau et Ostoj (1990) a relevé les options mentionnées le plus souvent par les répondants. Ces derniers vivaient tous dans la communauté et étaient soit autonomes, soit en perte d'autonomie. Les options aux médicaments les plus citées comme stratégies pour faire face aux difficultés de la vie étaient les suivantes:

- **activités de loisir**: jouer aux cartes, recevoir des amis, lire, écouter la radio ou la télévision, faire des travaux d'artisanat

- **utilisation de substances non-médicamenteuses**: lait chaud avec du miel, tisanes

- **restructuration cognitive**: poser le problème de façon à faire ressortir les points positifs ou tout du moins les éléments potentiellement positifs suite à certaines actions

- **activités physiques**: la marche, la natation, la culture physique ou tout autre sport que la personne aime ou auquel elle peut se livrer

- **travail domestique**: le ménage, le bricolage

- **se tourner vers les autres**: se confier, discuter des problèmes

- **sortir**: faire des courses, aller au restaurant

- **faire du bénévolat**: auprès des plus démunis, garder des enfants

- **relaxation ou prière**.

Ces stratégies d'adaptation reflètent le goût et les capacités physiques des répondants. Certains seront plus enclins à se tourner vers la famille et les amis, d'autres favoriseront les activités solitaires ou l'intériorité.

Quelquefois, l'aide professionnelle peut être bénéfique à celui ou celle qui ne réussit pas à maîtriser son anxiété par ses propres moyens. À part les médicaments, qui ne doivent être employés que dans certains cas, et ceci temporairement, il existe certaines thérapies conçues pour traiter l'anxiété. La thérapie psychodynamique permet d'explorer les origines de l'anxiété afin de la désamorcer en la démystifiant. Une thérapie comportementale enseignera à la personne des techniques de relaxation et la désensibilisera face à l'objet de sa crainte. Enfin, une approche thérapeutique cognitive révélerait à l'individu comment changer ses façons de penser afin d'apprivoiser les événements stressants.

CONCLUSION

Comme toute autre transition dans la vie, le passage au troisième âge force l'individu à développer des stratégies propres à composer avec de nouvelles situations. Et comme à tout autre âge, la plupart des gens réussissent sans trop de heurts, tandis que d'autres ont moins la capacité de surmonter le stress. Par ailleurs, les changements physiologiques dus au vieillissement rendent l'organisme particulièrement vulnérable aux effets du stress. Malgré cette vulnérabilité particulière, l'ensemble des aîné-e-s ne souffrent pas plus de troubles d'anxiété que les personnes plus jeunes.

Pourquoi en est-il ainsi? Il pourrait y avoir une raison d'économie. L'état d'anxiété s'accompagne de diverses réactions physiologiques exigeantes pour l'organisme. Il y aurait donc un phénomène d'auto-censure ou de protection au niveau physiologique visant à ménager les ressources physiques de la personne. Cette explication est satisfaisante mais incomplète. Il faut y greffer les processus psychologiques qui entourent toute expérience humaine. La personne réagit face au stress; elle le fait en fonction de sa personnalité et de ses expériences passées. Ce dernier élément est en fait l'un des avantages de la maturité. Arrivée au troisième âge, la personne a traversé de multiples épreuves. Pour y faire face, elle a dû développer des stratégies. Plus important encore, elle a survécu. N'y aurait-il pas ici une qualité de survivant ou même de combattant aguerri? Cela s'applique plus fortement au groupe du quatrième âge, reconnu comme étant moins anxieux que les plus jeunes, particulièrement les personnes qui, en début de soixantaine, sont en pleine transition. Ceci confirmerait l'importance des phénomènes compensateurs que les gérontologues associent de plus en plus au vieillissement normal. Ces mécanismes se rapportent à l'expérience ou même à la «sagesse».

L'un des risques auquel l'aîné-e est exposé en situation de stress consiste à ne pas aller au-delà du symptôme physiologique d'anxiété et d'en disposer comme de tout autre symptôme physique sans y associer de cause première. L'anesthésie psychologique du symptôme par l'intervention pharmaceutique est doublement dangereuse de par ses conséquences physiologiques et psychologiques. Les symptômes d'anxiété, comme la fièvre en cas d'infection virale, sont des signaux d'alarme indiquant que l'équilibre du système est en danger; ils ne doivent pas être annihilés. Si l'individu n'identifie pas la source du problème, ce dernier risque de devenir chronique et d'engendrer des difficultés encore plus profondes que celles éprouvées initialement. La détérioration progressive de la santé mentale, par exemple, est une conséquence à long terme.

Les peurs et l'anxiété chez les aîné-e-s, comme chez les autres membres de la société, sont des signaux auxquels il faut prêter attention. Ces signaux reflètent des difficultés dans leur vécu, mais ils sont aussi les premiers jalons d'un processus de changement plus approprié aux conditions nouvelles. L'être humain appartient à une espèce en évolution qui s'adapte constamment. La peur et l'anxiété réactionnelle sont des émotions normales qui font partie de l'équipement de survie de l'espèce humaine. Il serait dangereux d'annihiler ces réflexes de façon artificielle lorsqu'ils sont actionnés en réponse à des événements potentiellement contraires au bien-être de l'individu.

RÉFÉRENCES

Butler, R., & Lewis, M. (1982). *Aging and mental health* (3e éd.). St. Louis: Mosby.

Cohen, G. (1990). Psychopathology and mental health in the mature and elderly adult. In J.E. Birren, & K. W. Schaie (Éd.), *Handbook of the psychology of aging*. (3e éd.). New York: Academic Press.

Conseil consultatif national sur le troisième âge. (1989). *Pour mieux comprendre l'autonomie des aîné(e)s. Rapport n° 1: Les obstacles et les avenues de solution.* Ottawa: Ministre des Approvisionnements et Services.

D'Arcy, C. (1987). Aging and mental health. In V.W. Marshall (Éd.), *Aging in Canada*. (2e éd.). Toronto: Fitzhenry & Whiteside.

Gurland, B.J., & Meyers, B.S. (1986). Geriatric psychiatry. In J.A. Talbot et al. (Éd.), *Textbook of psychiatry*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.

Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, & Statistique Canada. (1981). *La santé des Canadiens. Rapport de l'enquête Santé Canada*. Ottawa: Ministre des Approvisionnements et Services.

Pérodeau, G., & Ostoj M. (1990). *Facteurs psychosociaux reliés à la consommation de psychotropes par des personnes âgées en maintien à domicile*. Québec: Conseil québécois de la recherche sociale.

Salzman, C., and Lebowitz, B.D. (Éd.). (1991). *Anxiety in the elderly: Treatment and research*. New York: Springer Publishing Company.

Schulz, R. (1985). *Emotion and effect*. In J.E. Birren, & K.W. Schaie (Éd.), Handbook of the psychology of aging. (2e éd.). New York: Van Nostrand Reinhold Company.

Woodruff-Pak, D.S. (1987). Sleep. In G.L. Maddox, (Éd.), *The encyclopedia of aging*. New York: Springer Publishing Company.

USAGE ET ABUS D'ALCOOL CHEZ LES AÎNÉ-E-S

par

Brian L. Mishara, Ph.D.
Département de psychologie
Université du Québec à Montréal

Mars 1991
Conseil consultatif national sur le troisième âge

TABLE DES MATIÈRES

Page

Introduction 85

1. La consommation d'alcool au Canada 85

2. Le vieillissement physique et l'alcool 88

3. Les effets de l'alcool 89

   3.1 Les effets négatifs 89

   3.2 Les effets positifs 90

4. Sous-estime-t-on l'alcoolisme chez les aîné-e-s? 91

5. Les modes d'intervention 92

Conclusion 94

Références 95

INTRODUCTION

Très tôt dans l'histoire, il est apparu que les boissons alcoolisées semblaient être bénéfiques pour les aîné-e-s, pour des raisons médicales ou parce qu'elles les aidaient à oublier les chagrins du vieil âge (Mishara & Kastenbaum, 1980). Dans la Bible, on recommande de boire du vin (Proverbes 31: 6,7) à ceux qui vont mourir et à qui est «rempli d'amertume»; «qu'il boive, qu'il oublie sa misère, qu'il ne se souvienne plus de son malheur».

Même si la Bible prescrit l'alcool pour consoler ceux qui souffrent, les effets négatifs des boissons alcoolisées sont aussi reconnus. Les rois et les princes, sous l'effet de l'alcool (Proverbes 31: 5) «oublient la loi et ne rendent pas justice aux affligés». Ces deux façons de voir les effets de l'alcool prévalent encore aujourd'hui. L'alcool a des pouvoirs positifs lorsqu'il est utilisé avec modération, mais il devient une menace lorsqu'on en abuse.

1. LA CONSOMMATION D'ALCOOL AU CANADA

Selon nombre d'enquêtes, dont l'Enquête sur la santé réalisée en 1981, les aîné-e-s ont moins tendance à boire que les plus jeunes et souffrent moins fréquemment des problèmes liés à l'alcoolisme. Par exemple, on retrouve un peu moins de 15 % de gens qui prennent entre 1 et 6 consommations par jour chez les 65+ ans par rapport à un peu plus de 20 % chez tous les groupes d'âge entre 15 et 64 ans; environ 15 % de gens s'abstiennent chez les 65+ ans comparativement à environ 5 % chez les 20 à 64 ans (McKim & Mishara, 1987). De plus, les hommes consomment plus de boissons alcoolisées que les femmes.

Pourquoi le taux de consommation est-il plus faible chez les aîné-e-s? D'abord, le taux de mortalité est très élevé chez les alcooliques. Les personnes qui ont des problèmes d'alcool ont donc moins de chances de se rendre à un

âge avancé. Une certaine «sagesse» se développe (de même qu'une tolérance physique réduite) peut-être aussi en vieillissant, ce qui ferait en sorte qu'une forte proportion d'aîné-e-s diminuent leur consommation. À mesure que les gens vieillissent et que leur tolérance diminue il leur faut moins d'alcool pour perturber leur fonctionnement.

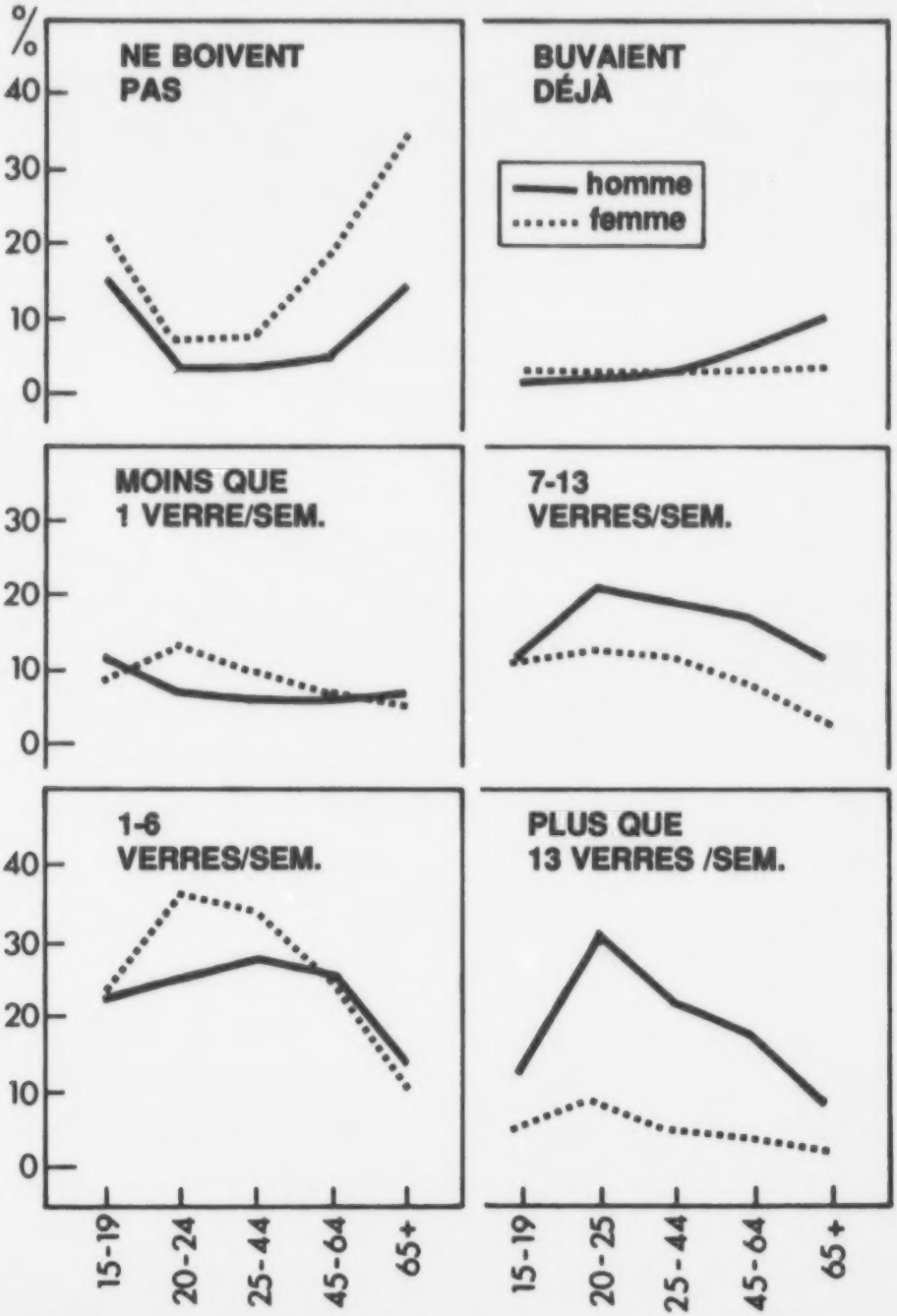
D'autres hypothèses portent sur les différences qui existent entre les générations. Au Canada, il est possible que les plus âgés consomment moins d'alcool que les plus jeunes à cause de facteurs historiques et politiques comme les répercussions de la prohibition aux États-Unis, d'impératifs religieux ou parce que l'alcool faisait moins partie de l'environnement social et culturel qu'aujourd'hui.

Enfin, il se peut que les données provenant d'enquêtes dans lesquelles les intervieweurs ont demandé aux répondants de préciser leurs habitudes de consommation ne soient pas aussi fiables que celles portant sur les autres groupes d'âge. Les aîné-e-s ont peut-être tendance à «oublier» (intentionnellement ou non) dans quelle mesure ils boivent ou à être réticents à l'admettre, et cela pour préserver l'image de «dignité».

Au Canada, les femmes s'abstiennent de boire deux fois plus que les hommes et, en général, elles boivent moins (voir Figure 1). Ces différences entre les sexes sont comparables à celles qu'on observe dans d'autres pays. Il se pourrait cependant que ces habitudes changent, car il y a moins de différence entre les hommes et les femmes chez les adolescents de 15 à 19 ans.

FIGURE 1

CONSOMMATION D'ALCOOL AU CANADA SELON L'ÂGE ET LE SEXE



Source: Enquête Santé Canada, 1981, Tableau 1. Extrait de McKim & Mishara. (1987), p. 66.

Les différences physiologiques comme le poids peuvent en partie expliquer pourquoi les femmes boivent moins. Ayant un poids moindre que les hommes, les femmes ont moins besoin de boire pour atteindre la même concentration d'alcool dans le sang. Cependant, les données indiquent que les hommes boivent beaucoup plus. Les tavernes et les bars où la plupart des hommes se retrouvent pour boire ont institutionnalisé la consommation d'alcool chez les hommes. Ce phénomène peut expliquer l'écart entre les sexes. Il sera par ailleurs intéressant d'observer l'impact des changements des rôles traditionnels sur les habitudes futures de consommation, surtout chez les femmes.

2. LE VIEILLISSEMENT PHYSIQUE ET L'ALCOOL

La réponse à l'ingestion d'éthanol, type d'alcool présent dans les boissons alcoolisées, varie avec l'âge. En général, l'absorption de quantités équivalentes d'alcool chez des individus de poids équivalent occasionnera un taux plus élevé chez les aîné-e-s. Toutefois, les mécanismes sous-jacents à ce taux d'alcool plus élevé ne sont pas clairs (Mishara & McKim, 1989; McKim & Mishara, 1987). Il ne semble pas que l'âge soit un facteur qui ait une influence directe sur le processus d'élimination de l'éthanol.

Par contre, il est très plausible que le changement dans la proportion de tissus adipeux et de liquides dans le corps, attribuable au vieillissement, explique pourquoi la consommation d'alcool affecte les gens différemment selon leur âge. En effet, entre 25 et 60 ans, le pourcentage total de tissus adipeux, par rapport au poids total, double presque chez les hommes et augmente de 50 % chez les femmes. Comme l'alcool ne se distribue que dans les liquides du corps et non dans les tissus adipeux, des quantités équivalentes d'éthane seront plus concentrées dans le sang des aîné-e-s qui ont

proportionnellement plus de tissus adipeux. Ainsi, ils ont besoin de consommer moins d'alcool que les consommateurs plus jeunes et plus minces pour ressentir les mêmes effets.

3. LES EFFETS DE L'ALCOOL

L'alcool a des effets bénéfiques et des effets négatifs. Ils dépendent du taux d'absorption (les habitudes de consommation), du contexte social, des attentes et de la présence de maux ou de maladies chroniques chez l'individu.

3.1 Les effets négatifs

La tolérance se développe avec l'usage, ce qui veut dire qu'avec le temps, si on prend régulièrement des boissons alcoolisées, on en aura besoin de plus pour obtenir le même effet.

L'alcool provoque aussi une tolérance envers d'autres types de drogues. La tolérance aux sédatifs et aux hypnotiques est particulièrement dangereuse. La combinaison d'alcool avec d'autres drogues est la cause la plus fréquente de divers états de crise. D'autres réactions négatives incluent la tolérance induite par l'interaction de l'éthanol avec des benzodiazépines comme le diazépam (Valium) et d'autres tranquillisants mineurs et avec les anesthésiants, la morphine et autres opiacés, certains antidépresseurs, antihypertenseurs, anticonvulsivants et avec les antibiotiques. L'alcool peut aussi augmenter l'effet sédatif des antihistaminiques, des tranquillisants mineurs et des somnifères, et les effets anticoagulants de l'Aspirine qui provoquent des hémorragies gastriques massives chez les alcooliques.

La consommation abusive d'alcool est liée à de nombreux désordres de la santé, dont la cirrhose du foie et les problèmes cardio-vasculaires, problèmes beaucoup plus fréquents chez les gens qui souffrent d'alcoolisme chronique (Gambert et al., 1984). L'alcoolisme fait augmenter significativement le risque de décès prématuré.

3.2 Les effets positifs

Depuis 1963, plusieurs études, réalisées auprès d'aîné-e-s demeurant tant en institution qu'à domicile, ont montré les bienfaits possibles de la bière et du vin lorsqu'ils sont servis avec modération. Les recherches mentionnées plus loin suggèrent que des changements bénéfiques découlent de la consommation modérée d'alcool. On a vu des effets positifs en ce qui a trait à la dépression, au moral, au sommeil et à la participation des aîné-e-s aux activités sociales.

Un niveau modéré, soit une ou deux consommations par jour, semble réduire les risques d'infarctus du myocarde (Colditz et al., 1985). De plus, une série d'études (Mishara & Kastenbaum, 1980) visant à mesurer l'effet de la consommation d'un ou deux verres de vin par jour chez des aîné-e-s vivant à domicile ont dégagé des résultats positifs. Les auteurs ont mesuré le sommeil et le fonctionnement cognitif des personnes échantillonnées pendant 10 jours avant qu'elles commencent à boire du vin, puis comparé ces données à celles obtenues après un ou plusieurs mois de consommation. Bon nombre d'aîné-e-s ayant participé à l'enquête ont dit avoir ressenti des améliorations au niveau de leur sommeil, de leur humeur et de leur mémoire. Les auteurs ont cependant bien spécifié que ces conclusions ne sont valables que dans la mesure où il y a un contrôle médical adéquat. Ils ont aussi conclu que la consommation modérée ne mène pas forcément à l'alcoolisme.

Dans l'ensemble, les recherches sur l'alcool et les aîné-e-s font ressortir le double visage du phénomène de la consommation d'alcool. Lorsqu'on en prend avec modération, l'alcool ne représente aucune menace pour la santé et le bien-être; il peut même éventuellement accroître certains aspects du fonctionnement cognitif. L'abus d'alcool, par contre, constitue l'un des moyens les plus sûrs d'augmenter les risques de maladie et de mort prématurée.

4. SOUS-ESTIME-T-ON L'ALCOOLISME CHEZ LES AÎNÉ-E-S?

On a raison de croire que les données actuelles sous-estiment le nombre d'aîné-e-s qui souffrent de problèmes occasionnés par l'alcoolisme. En effet, les symptômes typiques qui résultent de la consommation d'alcool sont similaires à ceux associés au vieillissement «naturel» comme le tremblement des mains, les pertes de mémoire et la confusion. Certains problèmes de santé peuvent aussi être faussement associées au vieillissement plutôt qu'à la surconsommation d'alcool. Enfin, les gens à leur retraite et isolés socialement ont tendance à boire chez eux plutôt que dans les endroits publics; leurs problèmes sont donc moins susceptibles d'être remarqués (Mishara, 1985). L'alcoolisme caché pourrait être particulièrement problématique chez les femmes, puisqu'il est socialement mal vu qu'elles boivent à excès en public.

Les chercheurs s'entendent sur le fait qu'il y a deux types d'aîné-e-s alcooliques:

- ceux et celles qui le sont devenus à un âge tardif, alcooliques aigus
- ceux et celles qui ont commencé à boire tôt dans leur vie et qui ont réussi à survivre à un âge avancé, alcooliques chroniques.

On estime que le premier groupe constitue environ un tiers de l'ensemble des aîné-e-s alcooliques. Le principal facteur associé au développement de l'alcoolisme à l'âge avancé est la perte de quelqu'un ou de quelque chose: perte du conjoint, du travail au moment de la retraite, de la santé et des forces physiques, perte aussi de la maison au moment d'un déménagement. Souvent, les aîné-e-s alcooliques, leur famille et leurs amis nient ou n'admettent pas ce problème. Ce refus de se rendre à l'évidence entraîne souvent un «syndrome de référence tardive»; on ne va rechercher de l'aide que lorsqu'elle se révèle absolument nécessaire, souvent à la suite d'une crise médico-sociale causée ou exacerbée par l'alcool.

Le deuxième groupe constitue les deux tiers des aîné-e-s alcooliques. Ils n'attirent l'attention des intervenants que lorsque leur système d'appui s'effondre, lorsqu'ils sont arrêtés en état d'ébriété, ou qu'ils sont admis à l'hôpital. On les verra aussi se présenter à l'hôpital, l'hiver venu, pour se protéger du froid.

5. LES MODES D'INTERVENTION

On distingue trois types d'intervention--primaire, secondaire et tertiaire--selon l'objectif visé et selon le type de clientèle. L'intervention **primaire** vise la prévention par le biais de l'éducation populaire ainsi que l'identification et l'intervention auprès des individus à risque. L'intervention **secondaire** s'applique aux nouveaux buveurs, et vise leur guérison. Divers modèles thérapeutiques sont utilisés: traitement à domicile ou externe, intervention professionnelle ou bénévole (aidants naturels), réunions de groupes ou rencontres individuelles. La guérison dépend en partie de la détection précoce; plus longtemps on tarde à chercher un traitement, plus il est difficile de modifier le comportement. Enfin, l'intervention **tertiaire** ne vise pas la

guérison mais une diminution des effets de l'abus chez les buveurs invétérés et sur la société; le plus souvent, la coercition est nécessaire pour que l'alcoolique accepte le traitement.

A cause de la difficulté qu'éprouvent les aîné-e-s à avouer les problèmes d'alcool et à cause de la honte associée au traitement en clinique ou en centre spécialisé, on a conçu des modèles d'intervention communautaire à l'intention même des aîné-e-s qui ont commencé à boire pour oublier leurs difficultés ou leurs peines (Saunders, 1985). Entre autres, on note l'existence du Lifestyle Enrichment for Senior Adults, programme visant l'amélioration de la qualité de la vie pour les aîné-e-s, et du Community Older Persons Project, projet communautaire pour les aîné-e-s ayant des problèmes d'alcool, à Ottawa et à Toronto respectivement. Dans l'ensemble, ces modèles visent à:

- fournir aux aîné-e-s une alimentation adéquate ainsi que les soins de santé requis;
- traiter leur dépression s'il y a lieu;
- les aider à résoudre leurs difficultés sans avoir recours à l'alcool;
- les aider à développer des relations sociales;
- les aider à organiser des activités de loisir agréables et significatives afin de remplacer la boisson.

Les traitements en milieu clinique sont des traitements de désintoxication, doublés des soins médicaux nécessaires, de thérapie nutritionnelle visant à corriger les carences alimentaires et de psychothérapie, souvent la psychothérapie en groupe.

Les Alcooliques Anonymes (les AA) sont un modèle d'entraide non-professionnelle qui s'avère très efficace pour certains. Les éléments

thérapeutiques des AA comprennent l'emploi d'alcooliques en rémission comme modèles à imiter, le soutien social et l'enseignement d'attitudes saines et de stratégies d'adaptation au stress.

En regard de la cure, les aîné-e-s alcooliques semblent mieux s'accommoder des traitements que les plus jeunes. Par exemple, Linn (1978) a constaté qu'ils étaient plus susceptibles que les jeunes de poursuivre leur cure. Lors d'un suivi de cinq à huit ans effectué auprès d'alcooliques désintoxiqués, Helzer et al. (1984) ont témoigné de meilleurs résultats chez les aîné-e-s que chez les jeunes. Jusqu'à maintenant, rien n'indique que les aîné-e-s bénéficient moins des soins reçus que les plus jeunes.

CONCLUSION

Il n'y a aucune preuve que la consommation individuelle de boissons alcoolisées, comme telles, prises en quantité raisonnable soit nocive; de nombreuses recherches permettent au contraire de croire qu'on doit en favoriser un usage modéré. Bien entendu, les gens doivent quand même tenir compte de leur propre niveau de tolérance. Chez les aîné-e-s, l'alcoolisme appelle cependant un effort sérieux de détection et une intervention active. À un âge avancé, l'alcoolisme doit être considéré à la lumière des habitudes de toute une vie. Des habitudes différentes nécessitent un type d'intervention différent. Bien qu'il y ait lieu d'élaborer des programmes d'intervention de tous les types mentionnés plus haut, ce sont les efforts novateurs de prévention qui permettent le plus d'espérer une diminution importante de l'alcoolisme chez les aîné-e-s.

RÉFÉRENCES

Administration on Aging, Office of Human Development Services, U.S. Department of Health and Human Services (1990). *Aging, 361,* 5-73.

Butler, R., & Lewis, M. (1982). *Aging and mental health,* (3e éd.). St. Louis: Mosby.

Colditz, G.A. et al. (1988). Moderate alcohol and decreased cardiovascular mortality in the elderly cohort. *American Heart Journal, 109*(4) 886-889.

Gambert, S.R. et al. (1984). Medical issues in alcoholism in the elderly. In J.T. Hartford & T. Samorasjski (Éd.), *Alcoholism in the elderly: Social and biomedical issues* (pp. 174-192). New York: Raven Press.

Heltzer, J.E. et al. (1984). Predictors and correlates of recovery in older versus younger alcoholics. In G. Maddox et al. (Éd.). *Nature and extent of alcohol problems among the elderly. Research Monograph N°. 14* (pp. 83-99). Washington, D.C.: National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism.

Linn, M. (1978). Attrition of older alcoholics from treatment. *Addictive Diseases: An International Journal, 3,* 437-447.

McKim, Q.A., & Mishara, B.L. (1987). *Drugs and aging.* Toronto: Buttersworth.

Mishara, B.L. (1985). What we know, don't know and need to know about older alcoholics. In E. Gottheil et al. (Éd.). *The combined problems of alcoholism, drug, addiction and aging* (pp. 243-261). Springfield, Illinois: Charles C. Thomas.

Mishara, B.L. (1984). L'alcool au 3e âge: Où est le problème? *Toxicomanies et troisième âge. Les Cahiers des journées de formation annuelle du Sanatorium Bégin, Numéro 3.* Ville de Lac-Etchemin, P.Q.: Le Sanatorium Bégin, 71-88.

Mishara, B.L., & Riedel, R. (1984). *Le vieillissement.* Paris: Presses Universitaires de France.

Mishara, B.L. et al. (1975). Alcohol effects in old age: An experimental investigation. *Social Science and Medicine, 9,* 535-547.

Mishara, B.L., & McKim, W.A. (1989). *Drogues et vieillissement.* Montréal: Gaétan Morin.

Saunders, S.J. (1985). *Alcohol and the elderly: Assessment and treatment approaches.* Toronto: Addiction Research Foundation.

LE SUICIDE ET LES AÎNÉ-E-S

par

Brian L. Mishara, Ph.D.
Département de psychologie,
Université du Québec à Montréal

Mars 1991
Conseil consultatif national sur le troisième âge

TABLE DES MATIÈRES

Page

Introduction 101

1. Nature et prévalence du suicide chez les aîné-e-s au Canada 101

1.1 Ce que révèlent les statistiques 101

1.2 Pourquoi certains aîné-e-s tentent-ils de se suicider? 103

1.3 Le processus suicidaire 104

2. Intervention en cas de suicide 106

2.1 Dépistage du suicide 107

2.2 Oui, mais que faire? 108

3. Suicide et euthanasie 110

4. Aide aux proches d'une personne qui s'est suicidée 111

Conclusion 112

Références 113

INTRODUCTION

Des personnes de tous âge songent au suicide, tentent de se suicider et réussissent leur suicide. Dans ce chapitre, nous voyons dans quelle mesure les comportements suicidaires varient entre les aîné-e-s et les personnes plus jeunes, et entre les femmes et les hommes âgés de 65 ans et plus. Nous examinons aussi les raisons qui amènent les aîné-e-s à choisir de s'enlever la vie, les mécanismes psychologiques et les signes avant-coureurs chez les personnes suicidaires, de même que les interventions possibles pour tenter de prévenir le suicide. Nous abordons aussi brièvement les sujets de l'euthanasie et des services disponibles afin d'aider les proches de quelqu'un qui a mis fin à ses jours.

1. NATURE ET PRÉVALENCE DU SUICIDE CHEZ LES AÎNÉ-E-S AU CANADA

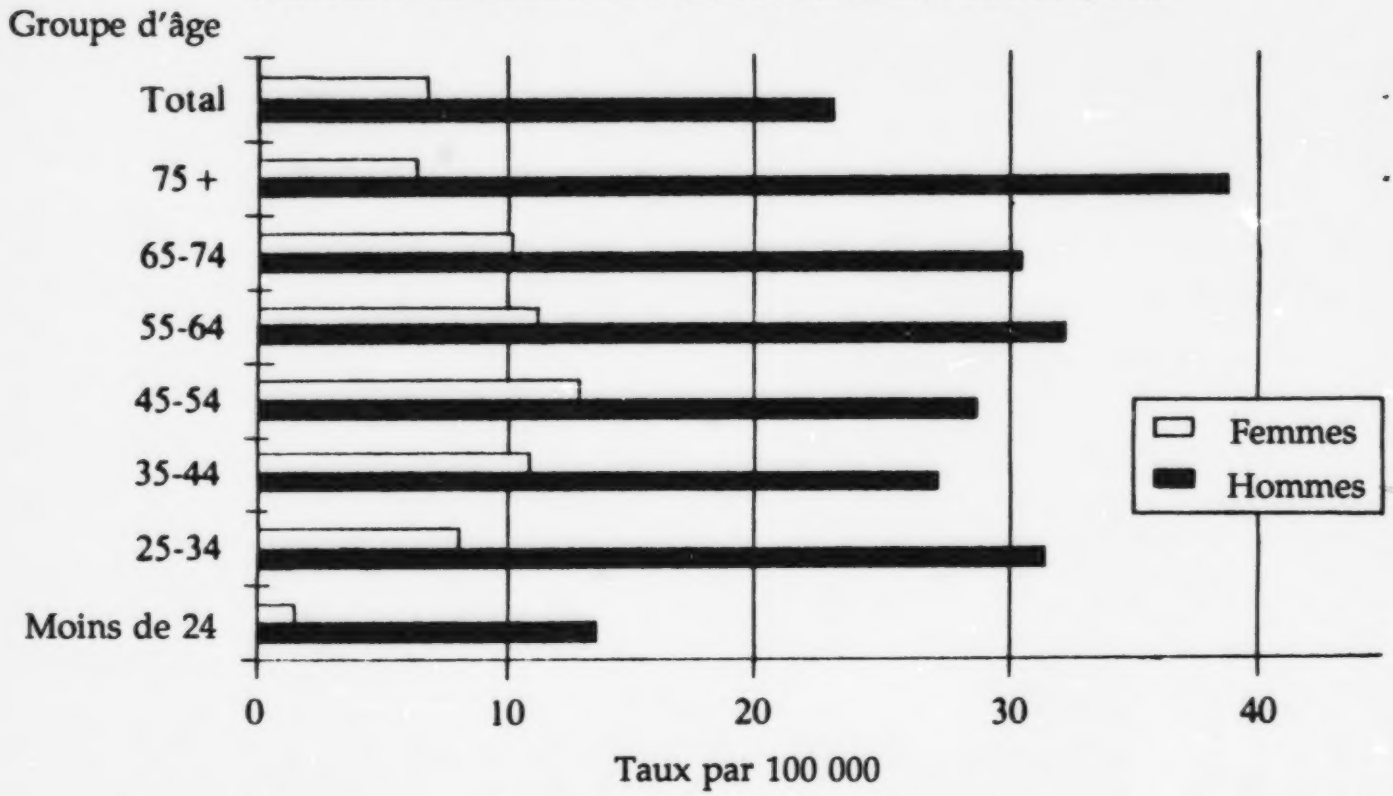
1.1 Ce que révèlent les statistiques

Selon les statistiques publiées par le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social (1988), les taux de suicide ont connu une hausse générale au cours des soixante dernières années. Ces taux varient de façon marquée en fonction de l'âge et du sexe. Si les hommes de tous âges réussissent leur suicide beaucoup plus souvent que les femmes, ces dernières le tentent plus souvent. D'après les chiffres publiés par Statistique Canada (D'Arcy, 1987), c'est chez les hommes de 75 ans et plus qu'on observe aujourd'hui les taux de suicide les plus élevés. Ces données sont présentées à la Figure 1.

Il se pourrait en fait que ces statistiques sur le suicide sous-estiment l'incidence du suicide chez les aîné-e-s. En effet, lorsqu'une jeune personne

FIGURE 1

TAUX DE SUICIDE SELON L'AGE ET LE SEXE, CANADA, 1983



Source: Statistique Canada, *Causes de décès*, 1983, et *Estimations de la population*. Extrait de D'Arcy, C. (1987), p. 436.

meurt et qu'il existe un doute sur la cause du décès, le coroner fait invariablement enquête pour déterminer s'il s'agit de suicide; ce n'est pas le cas pour les aîné-e-s, parfois déjà atteints de plusieurs maladies mettant leur vie en danger.

Les courbes de suicide varient selon l'âge et le sexe. Chez les jeunes adultes, on compte de 50 à 150 tentatives de suicide pour chaque suicide réussi; chez les aîné-e-s, ce rapport est beaucoup moindre, ce qui donne à penser qu'ils réussissent plus souvent leur suicide. Les hommes qui tentent de se suicider

réussissent plus souvent leur suicide que les femmes, peut-être parce qu'ils utilisent des moyens plus efficaces (p. ex., des armes à feu) qu'elles (p. ex., une surdose de médicaments).

A part les tentatives de suicide, il existe de nombreux autres comportements auto-destructeurs qui peuvent hâter la mort, par exemple, ne pas prendre des médicaments nécessaires, négliger volontairement de porter sa ceinture de sécurité en voiture, ou ne pas se conformer aux ordres du médecin relativement au stress, à l'alimentation et à l'exercice. Ils sont passablement courants chez les aîné-e-s (Mishara, 1975), particulièrement chez les gens déprimés ou malheureux. À ces comportements s'ajoute l'idée du suicide, avec laquelle jouent de nombreuses personnes à un moment ou à un autre de leur vie. Il semble toutefois que les idées suicidaires diminuent avec l'âge (Enquête sur la santé au Québec, 1988).

1.2 Pourquoi certains aîné-e-s tentent-ils de se suicider?

Les gens se suicident rarement parce qu'ils veulent vraiment mourir, bien que, pour certains, le suicide soit la seule façon de contrôler les circonstances d'une mort inévitable. On songe à se donner la mort pour en finir avec un état de dépression, de malheur, de solitude ou de souffrance jugé intolérable. Certains s'enlèvent délibérément la vie pour ne pas avoir à affronter une dégradation ou des souffrances intolérables. Certaines personnes chez qui on a diagnostiqué un cancer terminal ou la maladie d'Alzheimer, par exemple, se suicident avant de devenir encore plus handicapées, physiquement ou mentalement. En général, le risque de suicide diminue lorsque s'offrent d'autres choix pour atténuer les souffrances.

Voici les principaux facteurs suicidogènes chez les aîné-e-s (Groupe d'étude national sur le suicide au Canada, 1987; Templer & Cappelletty, 1986):

- détérioration de la santé physique;
- augmentation de la fréquence des maladies mentales, en particulier la dépression et la démence;
- retraite forcée;
- perte du conjoint ou autre deuil;
- isolement social;
- esseulement;
- difficultés financières majeures;
- abus d'alcool.

Une personne qui, lors d'une crise antérieure, a déjà tenté de se suicider, est plus susceptible de récidiver qu'une autre. Nous utilisons l'acronyme DDDS pour décrire la situation psychosociale d'une personne suicidaire, soit Découragement, Délaissement, Désorientation et Solitude.

1.3 Le processus suicidaire

Les aîné-e-s font souvent mieux face aux problèmes que les jeunes à cause de leur plus longue expérience. Devant une situation stressante, comme le décès d'un conjoint ou une maladie douloureuse, les gens font appel à une vaste gamme de mécanismes d'adaptation. Ces mécanismes peuvent être d'ordre psychologique (p. ex., penser à autre chose, chercher conseil pour apprivoiser la situation) ou prendre la forme de gestes concrets visant à réduire la souffrance (p. ex., entreprendre une nouvelle activité, obtenir un traitement médical). Lorsque la douleur persiste, certaines personnes ont parfois un «éclair», un «flash»--il leur vient à l'esprit que, mortes, elles ne souffriraient

plus. Ces «éclairs», qui font apparaître l'éventualité de la mort ou le suicide comme un moyen d'en finir avec la souffrance, sont passablement courants. En effet, la majorité des gens envisagent de se suicider à un moment ou à un autre de leur vie.

Lorsque les autres moyens de réduire la souffrance se révèlent inefficaces, l'idée du suicide apparaît plus fréquemment. Très souvent, la personne parlera du suicide de façon indirecte ou détournée afin d'en apprivoiser l'idée. Elle dira, par exemple, «Vous seriez tous débarrassés si j'étais morte» ou «Je souffre tant que, parfois, je me dis que je ferais mieux d'en finir».

A ce stade, les risques de suicide augmentent: le geste est considéré comme une option possible. Lorsque les autres options disparaissent, la personne voit de plus en plus le suicide comme le meilleur moyen d'atténuer la souffrance, au point même d'oublier qu'il peut exister d'autres solutions. Ce phénomène est parfois appelé la «vision en tunnel». C'est généralement à ce moment-là que la personne commence à chercher une méthode et à planifier son suicide.

Personne n'est jamais totalement suicidaire. Pour passer à l'acte, il suffit d'être convaincu que le suicide est la meilleure solution dans le moment. Malgré cette conviction, les personnes suicidaires sont toujours ambivalentes: la volonté de vivre et le désir de trouver d'autres solutions ou de surmonter la douleur sont toujours présents. La tentative de suicide révèle cependant que cette option semble la meilleure dans les circonstances.

A cause de cette ambivalence, la plupart des personnes suicidaires cherchent à obtenir de l'aide de façon directe ou indirecte. En effet, neuf sur

dix font part de leur intention. Toutefois, à cause du stigmate social qui entoure le suicide, leurs messages ne sont pas toujours clairs. Il peut ne s'agir, par exemple, que d'une allusion, du genre: «La vie ne vaut vraiment pas la peine d'être vécue!» Les personnes suicidaires annoncent ainsi leur désir de mettre fin à leurs jours ou y font allusion dans l'espoir que d'autres solutions se présenteront. C'est d'ailleurs grâce à cette ambivalence presque universelle qu'il est possible d'intervenir de façon opportune et pertinente.

On a aussi remarqué que les antécédents psychologiques diffèrent entre les jeunes et les aîné-e-s qui se suicident. Selon Templer et Cappelletty (1986, p. 481):

> «Contrairement aux jeunes, les aîné-e-s sont moins portés à se suicider à la suite d'un événement bouleversant particulier. Leur geste découle plus souvent d'une accumulation de circonstances et d'événements malheureux. La décision de s'enlever la vie apparaîtra plus rationnelle et moins émotive de leur part que de celle d'une personne plus jeune.» (traduction)

2. INTERVENTION EN CAS DE SUICIDE

L'ambivalence que ressentent les personnes suicidaires les conduit souvent à émettre des messages ambigus, passant du: «N'insistez pas, personne ne peut m'aider» au «S'il-vous-plaît, aidez-moi!» Certains aîné-e-s, par exemple, appellent les centres de détresse ou les centres de prévention du suicide pour s'informer des meilleures méthodes pour s'enlever la vie. Malgré le caractère non équivoque de la question, le fait de s'adresser à un centre de ressources en santé mentale témoigne d'un désir plus ou moins inavoué d'obtenir de l'aide.

Après avoir discuté des problèmes et du désir de mourir de l'interlocuteur, l'intervenant à l'autre bout du fil peut en général l'amener à trouver d'autres façons plus constructives de régler ses problèmes.

Une intervention réussie auprès d'une personne suicidaire ne peut bien sûr complètement éliminer toute idée et toute possibilité de suicide. Elle peut cependant renforcer le désir de cette personne de trouver d'autres solutions et l'aider dans sa recherche d'options viables.

2.1 Dépistage du suicide

Comme la plupart des gens ne se suicident qu'après avoir longuement joué avec l'idée et planifié leur geste, leurs amis, les membres de leur famille et leurs proches ont avantage à connaître certains des signes avant-coureurs. L'indice le plus évident qu'une personne songe à se suicider est une remarque du genre «Parfois, je me dis que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue» ou «J'aimerais cesser de prendre tous ces médicaments et mourir». Il est important de reconnaître ce genre d'énoncé et de poser les bonnes questions pour déterminer si la personne est effectivement suicidaire.

Parmi les autres indices, mentionnons les «dernières dispositions», comme le fait de distribuer ses possessions et de prendre des dispositions funéraires. Bien qu'il soit plus naturel pour un aîné-e de prendre des dispositions relativement à sa propre mort, les membres de sa famille ont souvent «l'impression» que cette mort imminente à laquelle il fait allusion n'a rien de naturel. Il ne faut pas hésiter alors à l'interroger sur cette prémonition ou sur les raisons qui le motivent à ce moment précis.

Très souvent, la tentative de suicide a lieu lorsque la personne est déprimée. La dépression, à des degrés divers, est un phénomène courant à tout âge. Toutefois, lorsque cet état perdure ou prend des proportions inhabituelles, il convient de vérifier si elle songe au suicide.

Souvent, les gens changent de personnalité ou de comportement une fois qu'ils ont «décidé» de mettre un terme à leur vie. La perspective d'en finir avec la douleur et la souffrance procure à certains un sentiment de libération; elle en porte d'autres à se replier sur eux-mêmes ou à se tourmenter.

Il peut être plus difficile de déceler les indices de suicide chez les aîné-e-s, car ils sont peut-être moins portés que les plus jeunes à faire part de leur intention, en particulier lorsqu'ils sont isolés socialement (Templer & Cappelletty, 1986). C'est pour cela qu'il est important de mettre en place des services communautaires pour dépister les aîné-e-s à risque et pour les aider à résoudre leurs problèmes. Des voisins bienveillants, les propriétaires, de vieux amis, d'anciens collègues de travail peuvent jouer un rôle essentiel pour joindre ces personnes à risque.

2.2 Oui, mais que faire?

Chaque fois que l'on soupçonne quelqu'un de songer au suicide, il faut lui en parler directement. Les professionnels conseillent aux membres de la famille de la personne suicidaire, à ses amis et aux autres personnes concernées de poser des questions directes et précises, comme: «As-tu l'intention de mettre fin à tes jours?» Lorsque la réponse est ambiguë ou affirmative, il faut poser d'autres questions afin d'évaluer le risque. Il faut chercher à savoir si la personne a déjà établi un plan, choisi un moyen, et à quel moment elle pense passer à l'acte. Pour déterminer l'ampleur du risque, il faut poser des

questions comme: «As-tu pensé au moyen que tu prendrais? Quel type de médicament prendrais-tu? As-tu beaucoup de médicaments anti-douleur à la maison? Quand penses-tu passer à l'acte?» En général, plus le projet de suicide est précis, plus le risque est élevé.

Bien des gens craignent de poser des questions directes au sujet du suicide. Un malentendu fort populaire veut en effet qu'on n'aborde pas ce genre de sujet avec la personne concernée de peur de lui donner des idées, de la déprimer davantage et de la rendre encore plus malheureuse. L'expérience a pourtant montré que c'est rarement le cas. En fait, parler directement de la question **en évitant de prendre un ton moralisateur** est l'une des meilleures façons de diminuer le risque de suicide. Il est important de ne pas porter de jugement sur le geste lui-même, de ne pas en parler comme du Bien ou du Mal. Il vaut mieux aborder les questions de détail et poser des questions directes sur les ennuis qui poussent personne à vouloir se suicider. Le principal objectif de toute relation d'aide est de faire surgir d'autres options que le suicide pour mettre un terme à la souffrance.

La plupart des spécialistes en la matière considèrent que ce sont les membres de la famille et les amis qui sont le mieux placés pour aider à réduire les risques de suicide. On encourage ces personnes à communiquer avec un centre de détresse ou de prévention du suicide pour obtenir des conseils sur la façon d'aider la personne suicidaire. Souvent, les gens qui ont recours au suicide sont en situation de crise. Comme la plupart de ces situations sont temporaires, le risque de suicide diminue considérablement lorsqu'un ami ou un membre de la famille aide la personne suicidaire à passer à travers la période critique.

Comme les aîné-e-s sont peut-être moins portés à faire appel à un centre de prévention du suicide que d'autres personnes (McIntosh, 1985), d'autres services sont nécessaires pour aider les aîné-e-s suicidaires. Cela peut inclure la création de réseaux d'amitié ou de compagnonnage, par téléphone ou par visites, mis sur pied par des aîné-e-s bénévoles ou des conseillers. Des aîné-e-s peuvent également être engagés par les centres de prévention du suicide ou les centres de détresse, ou agir à titre de porte-parole auprès des groupes d'aînés et des médias (Resnick & Cantor, 1970). Toute personne qui soupçonne une tendance suicidaire chez quelqu'un qu'elle ne peut aider directement doit tenter de trouver quelqu'un qui peut intervenir. En définitive, on peut prévenir le suicide chez les aîné-e-s en changeant les conditions qui font qu'ils veulent s'enlever la vie.

3. SUICIDE ET EUTHANASIE

L'euthanasie est un sujet complexe qui soulève souvent bien des malentendus. Le terme vient d'un mot d'origine grecque qui signifie «mort douce». Il comprend au moins quatre types d'action ou d'inaction, pour une personne malade en phase terminale (Mishara & Riedel, 1985).

On parle d'**euthanasie directe et volontaire** lorsque la mort est choisie et provoquée par la personne elle-même. À ce titre, le suicide peut être considéré comme un type d'euthanasie directe et volontaire. Bien que la plupart des intervenants en matière de prévention du suicide respectent le droit de la personne de choisir librement de commettre ou non un suicide, ils savent également d'expérience que les personnes suicidaires sont presque toujours ambivalentes. C'est pourquoi ils font tout en leur pouvoir pour les aider à trouver d'autres solutions. D'ordinaire, ils réussissent à le faire, mais la décision finale revient toujours à la personne concernée.

Dans le cas de l'**euthanasie indirecte et volontaire**, la personne en autorise une autre, comme un médecin, un avocat ou un membre de sa famille, à mettre fin à ses jours dans certaines circonstances précises, comme si elle tombe dans le coma ou si elle est soumise à des souffrances intolérables et trop confuse pour prendre une décision éclairée. Cette forme d'euthanasie soulève beaucoup de controverses à l'heure actuelle.

L'**euthanasie directe et involontaire** consiste à provoquer la mort sans le consentement du patient. Elle nécessite un geste concret qui entraîne la mort, comme celui de débrancher un appareil médical essentiel à la survie de la personne. La question de savoir qui peut prendre ce genre de décision et dans quelles circonstances soulève une foule de problèmes d'ordre éthique et juridique fort épineux.

Enfin, l'**euthanasie indirecte et volontaire** est ce principe énoncé dans les «testaments de vie» ou autres directives anticipées, où la personne précise que la nature doit suivre son cours et qu'en conséquence, elle ne veut pas être maintenue en vie par des moyens extraordinaires. Souvent appelée «euthanasie passive», elle est habituellement considérée comme étant moralement acceptable, bien que les moyens de la pratiquer restent plutôt vagues.

4. AIDE AUX PROCHES D'UNE PERSONNE QUI S'EST SUICIDÉE

Parmi les «victimes» du suicide, on compte les membres de la famille et les proches de la personne qui s'est enlevée la vie. Le deuil est toujours une période difficile, mais la douleur et la souffrance de ceux et celles qui pleurent un proche qui s'est suicidé sont souvent beaucoup plus intenses (Emond et al., 1987). Ces personnes risquent d'ailleurs davantage de se suicider à leur tour. Après tout décès, les survivants éprouvent souvent un sentiment de culpabilité

et de responsabilité, même lorsque la cause de la mort est naturelle. Dans le cas d'un suicide, ce sentiment de culpabilité est encore plus prononcé et peut même paraître intolérable. En effet, la plupart des gens ont de la difficulté à admettre que la responsabilité finale du suicide revient à la personne qui l'a commis.

Il est d'ordinaire bénéfique pour les proches d'une personne qui s'est suicidée de participer à des groupes d'entraide organisés par les centres de prévention du suicide ou des groupes d'appui aux endeuillés. Très souvent, les proches ont le sentiment que seul quelqu'un qui est passée par la même épreuve peut comprendre l'intensité de leur angoisse. Le counseling fourni par un professionnel de la santé mentale peut aussi les aider à faire face à la culpabilité et au deuil.

CONCLUSION

Les aîné-e-s, surtout les hommes très âgés, sont particulièrement à risque. Nous avons aussi des raisons de croire que les statistiques officielles sous-estiment les taux réels de comportements suicidaires chez les aîné-e-s. Apprendre à reconnaître les signes avant-coureurs et à poser des questions directes sont parmi les meilleurs moyens d'aider les aîné-e-s suicidaires à trouver d'autres solutions à leurs problèmes. L'idée fort répandue que les aîné-e-s ont davantage le «droit» de se suicider ou que le suicide est plus «justifié» dans leur cas non seulement les diminue, mais ne tient pas compte du fait reconnu que les aîné-e-s répondent aussi bien aux interventions que les plus jeunes.

LA SANTÉ MENTALE
DE GROUPES AUX BESOINS PARTICULIERS

par

Louise Plouffe, Ph.D.
Analyste
Conseil consultatif national sur le troisième âge

Mars 1991
Conseil consultatif national sur le troisième âge

RÉFÉRENCES

D'Arcy, C. (1987). Aging and mental health. In V.W. Marshall (Éd.), *Aging in Canada*. (2e ed.) (pp. 424-450). Toronto: Fitzhenry & Whiteside.

Emond, M., Doré, C., Corbeil, L., Archambault, A., Desjardins, L.-A., & Lebrun, G. (1987). Deuil après suicide--deuil impossible? *The Social Worker--Le travailleur social, 55*(2), 54-60.

Groupe d'étude national sur le suicide au Canada. (1987). *Le suicide au Canada*. Ottawa: Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social.

McIntosh, J. (1985). Suicide among the elderly: Levels and trends. *American Journal of Orthopsychiatry, 55*, 228-293.

Mishara, B., Robertson, B., & Kastenbaum, R. (1973). Self-injurious behavior in the elderly. *The Gerontologist, 13*, 311-314.

Mishara, B.L., & Riedel, R. (1985). *Le vieillissement*. Paris: Presses Universitaires de France.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (1987). *Et la santé? Comment ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec*. Québec: Ministère.

Resnik, H., & Cantor, J. (1970). Suicide and aging. *Journal of the American Geriatrics Society, 18*, 152-158.

Templer, D. I. & Cappelletty, G. (1986). Suicide in the elderly: Assessment and intervention. In T.L. Brink (Éd.), *Clinical gerontology: A guide to assessment and intervention* (pp. 475-488). New York: Haworth.

Veilleux, P., & Kiely, M. (1990). La problématique du suicide chez la personne âgée. *Le Gérontophile, 12*(1), 6-11.

TABLE DES MATIÈRES

Page

Introduction 119

1. Le vieillissement et la déficience intellectuelle 119

1.1 Qu'est ce que la déficience intellectuelle? 119
1.2 Le vieillissement des déficients intellectuels 119
1.3 Les sous-groupes aux besoins particuliers 120
1.4 Services destinés aux déficients âgés 122
1.5 Santé mentale et déficience intellectuelle 123

2. La santé mentale des aîné-e-s d'origine ethnique 124

2.1 Les problèmes des personnes âgées d'origine ethnique 124
2.2 Le stress chez les aîné-e-s 126
2.3 La maladie mentale chez les aîné-e-s d'origine ethnique 127
2.4 Les services: Un contexte aux nombreux défis 127
2.5 Des avenues de solution 128

Conclusion 129

Références 130

INTRODUCTION

Dans ce dernier chapitre, nous mettons l'accent sur les problèmes de santé mentale de certains groupes particuliers, notamment les déficients mentaux âgés et les aîné-e-s appartenant à des minorités ethniques.

1. LE VIEILLISSEMENT ET LA DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

1.1 Qu'est ce que la déficience intellectuelle?

Le diagnostic de la déficience intellectuelle se fait à partir de tests d'intelligence; ainsi, une personne d'intelligence moyenne a un quotient intellectuel (Q.I.) de 100; les personnes souffrant d'une déficience légère ont quant à elles un Q.I. variant entre 50 et 70 alors que celles atteintes de déficience profonde ont un Q.I. inférieur à 50. Le ralentissement du fonctionnement intellectuel se produit avant l'âge de 18 ans et il est habituellement accompagné de déficiences au niveau du fonctionnement social. De plus, il arrive souvent que les personnes atteintes de déficience intellectuelle souffrent également d'anomalies physiques, notamment l'épilepsie, la paralysie cérébrale, des problèmes de mobilité ou encore de problèmes de la vue ou de l'ouïe. Comme les capacités fonctionnelles des déficients intellectuels varient grandement, les services requis par ces personnes sont eux aussi très variés.

1.2 Le vieillissement des déficients intellectuels

Comme pour le reste de la population, l'espérance de vie des déficients intellectuels est plus élevée que jamais auparavant. Selon les plus récentes statistiques, environ quatre personnes sur 1 000 âgées de plus de 40 ans sont déficientes (Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1988). Au

cours des dix dernières années, l'espérance de vie des personnes déficientes placées en établissements a elle aussi augmenté (Wolfe & Wright, 1987). Cependant, comme les personnes souffrant de déficience intellectuelle vieillissent physiquement plus rapidement que l'ensemble de la population et que leur espérance de vie est en général plus courte, on les considère âgées à environ 50 ans (Seltzer & Krauss, 1987; Howell, 1986).

Le vieillissement des déficients intellectuels fait naître de nouveaux problèmes sociaux. Qui prendra soin des déficients après la mort de leurs parents? Quelles sont les alternatives pour les personnes qui souffrent de déficience légère à modérée et qui travaillent dans des ateliers protégés, pour leur permettre de prendre leur retraite? Les personnes souffrant de déficience intellectuelle peuvent-elles être intégrées aux programmes et aux services destinés aux aîné-e-s d'intelligence normale, y compris les divers établissements et les activités sociales et récréatives? Enfin, comment les établissements qui logent des personnes souffrant de déficiences profondes peuvent-ils s'adapter pour satisfaire aux besoins physiques et psychologiques de leur population vieillissante.

1.3 Les sous-groupes aux besoins particuliers

Les personnes âgées atteintes de déficience intellectuelle forment un groupe très hétérogène. La gravité de leur incapacité, leur lieu de résidence, leur système de soutien social ainsi que leurs aptitudes professionnelles, sociales et quotidiennes ne sont que quelques-uns des aspects qui les caractérisent (Anglin, 1981).

Bon nombre d'adultes déficients vivent à la maison, à la charge de leurs parents. Cependant, lorsque ces derniers meurent ou deviennent trop vieux et trop frêles pour continuer de s'occuper de ces enfants, le placement du déficient pose alors un problème. Dans certains cas, un frère ou une soeur prend le malade en charge et lui prodigue les soins de base; dans d'autres cas, l'adulte invalide est placé avec ses parents dans un foyer ou une résidence pour personnes âgées. Un grand nombre sont placés dans des foyers de groupe pour adultes déficients mentaux. Toutefois, ces déficients éprouvent parfois de la difficulté à s'adapter socialement à un foyer de groupe, car ils n'ont eu que très peu de contacts auparavant avec des personnes autres que les membres de leur famille immédiate. Qui plus est, la mort d'un parent ou le fait d'en être séparé peut être particulièrement traumatisant pour le déficient, lequel peut alors avoir besoin de services de consultation pour l'aider à surmonter sa peine.

D'autres adultes souffrant de déficience légère et modérée ont passé leur enfance en établissements; ils se retrouvent maintenant dans la société, puisque la politique visant le placement des déficients mentaux en établissements a été abandonnée en faveur de l'intégration. N'ayant jamais eu à prendre soin d'eux-mêmes, les déficients ont parfois besoin d'aide pour apprendre à vivre de façon autonome et de s'acquitter de tâches aussi simples que faire la cuisine, le ménage et l'épicerie, de prendre l'autobus et de préparer son budget.

Un troisième groupe de personnes, atteintes de déficience plus prononcée ou d'incapacités physiques et mentales combinées, demeurent dans des établissements pour déficients intellectuels. Cependant, comme le nombre d'admissions en établissement est en baisse, la population de ces établissements vieillit elle aussi. Le personnel devra donc apprendre comment prendre soin

de résidents qui subissent les changements physiques associés au vieillissement et ils souffrent des maladies fréquentes à cet âge.

Toutefois, comme une proportion croissante de jeunes atteints de déficience mentale légère ou modérée vivent en foyers de groupes plutôt que chez leurs parents naturels ou en institutions, ces distinctions devraient disparaître graduellement.

1.4 Services destinés aux déficients âgés

Les déficients âgés ont besoin d'un éventail de logements qui offrent divers degrés de surveillance, de soins et de soutien. Parmi les options, mentionnons la vie en appartement, seul ou avec d'autres, les foyers de groupe, les familles d'accueil pour adultes et les foyers pour personnes âgées. Certains auteurs comme Anglin (1981) estiment que le personnel qui travaille avec des déficients âgés doivent avoir une formation en gérontologie; ces employés doivent en effet comprendre et accepter l'incapacité intellectuelle et les changements d'ordre fonctionnel qui sont associés au vieillissement.

Pour bon nombre d'adultes déficients, la vie de tous les jours est centrée sur le travail dans un atelier protégé, dans le cadre duquel ils effectuent des tâches routinières très structurées pour lesquelles ils sont rémunérés. Le nombre croissant d'adultes âgés inscrits à ces ateliers nous amène à soulever diverses questions concernant le droit à la retraite et la possibilité de mener une retraite satisfaisante. Les résultats d'une enquête (Seltzer & Krauss, 1987) menée aux États-Unis suggèrent la mise en place de programmes communautaires de jour axés sur des activités récréatives offertes dans le cadre

du réseau des services destinés aux déficients intellectuels ou aux personnes âgées.

1.5 Santé mentale et déficience intellectuelle

Les personnes âgées souffrant de déficience intellectuelle sont sensibles aux troubles émotifs, et ce peut-être davantage que les aîné-e-s en général, tant à cause de leur incapacités physiques et mentales que des expériences de développement anormalement difficiles qu'elles ont subies (Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1988). La solitude peut également être un problème pour les personnes qui ont établi peu de véritables relations avec des personnes autres que les membres de leur famille immédiate et qui n'ont créé aucun lien d'amitié avec les autres déficients à l'extérieur du cadre de l'atelier protégé.

De plus, si la personne souffre aussi d'une maladie mentale, il peut être plus difficile de faire la distinction entre les symptômes de maladies comme la dépression ou la démence et les comportements associés à la déficience mentale; il peut donc arriver que ces maladies ne soient pas diagnostiquées et traitées rapidement. La maladie d'Alzheimer est également plus répandue chez les personnes âgées souffrant du syndrome de Down que dans la population adulte en général (Dalton & Crapper - McLachlan, 1984). Enfin, certains médicaments consommés pendant plusieurs années pour traiter des comportements perturbateurs comme l'agressivité et l'automutilation peuvent provoquer des effets secondaires graves et durables. Un de ces effets est l'apparition de mouvements répétitifs et involontaires des muscles faciaux, du torse ou des membres (dyskinésies tardives).

En résumé, il s'impose d'accorder plus d'attention aux besoins des déficients intellectuels qui vieillissent. Comme l'indique Anglin (1981) dans son étude sur les déficients âgés dans la région métropolitaine de Toronto:

> «Il ne fait aucun doute que les organismes concernés doivent se sensibiliser à ce «nouveau» domaine de services, se familiariser avec les programmes pour personnes âgées qui existent déjà et auxquels pourraient participer certains déficients et commencer à mettre en place les services spéciaux requis.»

2. LA SANTÉ MENTALE DES AÎNÉ-E-S D'ORIGINE ETHNIQUE

Selon Milada Disman (1988), ethnicité signifie:

> «(...) le sentiment d'appartenir à un peuple, d'avoir une histoire, un lieu d'origine et une langue en commun, etc. L'ethnicité désigne avant tout une dimension intime de soi, la connaissance de son identité propre. C'est le sentiment d'appartenance qui repose sur une compréhension commune de la vie.»

Bien que, vu sous cet angle, nous appartenions tous à une communauté «ethnique», l'ethnicité est une caractéristique réservée principalement aux minorités culturelles et raciales. Au Canada, il existe actuellement quelque 200 000 personnes âgées nées à l'étranger (ailleurs qu'en France ou en Angleterre) et qui parlent une des 15 langues utilisées au pays.

2.1 Les problèmes des personnes âgées d'origine ethnique

La population âgée ethnique est hétérogène sous d'autres points de vue. Ainsi, un grand nombre ont immigré au Canada alors qu'ils étaient de jeunes

adultes. Depuis leur arrivée au pays, ils ont appris au moins une des langues officielles de notre pays et ils se sont adaptés dans une certaine mesure à notre culture, les hommes davantage que les femmes, les premiers ayant eu par leur travail davantage de contact avec la langue et la culture de notre pays. Cependant, en dépit des nombreuses années passées au Canada, bon nombre de ces personnes âgées continuent de respecter les traditions et les valeurs de leur culture d'origine.

D'autres sont déjà âgés lorsqu'ils arrivent au Canada; ils vivent souvent avec leur famille qui se porte garant d'eux. Depuis la fin des années 1970, environ 10 % des nouveaux arrivants sont âgés de 60 ans ou plus et les immigrants de plus de 60 ans ont un niveau d'instruction inférieur à tout autre groupe d'immigrants (Groupe canadien chargé d'étudier les problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés, 1988). Or les personnes âgées moins instruites ne s'adaptent pas aussi bien que celles qui ont un degré d'instruction plus élevé (Dholakia, 1987). Elles ont d'autres problèmes sérieux. En effet, elles peuvent être isolées parce qu'elles ne peuvent ni parler, ni lire dans l'une des langues officielles. Il peut même leur être plus difficile d'obtenir de l'information, même à l'aide d'ouvrages écrits dans leur langue, si elles sont illettrées. Un grand nombre d'immigrants âgés dépendent entièrement de leur famille sur le plan financier, car ils ne sont pas admissibles aux prestations de sécurité du revenu du Canada.

Le gouvernement fédéral offre aux immigrants âgés des programmes de formation linguistique par le biais du ministère de l'Immigration. Le fait d'avoir des capacités linguistiques ne fait pas disparaître les problèmes, mais il peut contribuer à en alléger quelques-uns.

2.2 Le stress chez les aîné-e-s

Le stress émotif, ou «choc culturel», que subit un aîné d'origine étrangère varie en fonction de plusieurs facteurs, y compris le degré de similarité entre la culture d'origine et la culture canadienne, le degré de cohésion de la communauté ethnique et le soutien social qu'elle lui offre ainsi que le temps passé au Canada. Le degré de soutien que reçoit une personne âgée de sa famille est un autre facteur important. Souvent, les enfants et les petits-enfants adoptent beaucoup plus facilement que l'aîné le mode de vie et les valeurs canadiennes. Ces différences culturelles au sein même de la famille peuvent créer des conflits entre les générations et les éloigner les unes des autres. Ainsi, selon un rapport publié par Dholakia (1987) sur les problèmes qu'éprouvent les personnes âgées d'origine sud asiatique qui vivent à Calgary, il leur est très difficile d'accepter les différences qui existent au sein de la famille au niveau des valeurs morales, éthiques et religieuses.

Qui plus est, bon nombre de ces immigrants appartiennent à des cultures qui portent un très grand respect aux personnes âgées et le peu de respect que témoigne la société nord-américaine aux personnes âgées les consterne. Le passage qui suit, extrait du rapport du Groupe canadien chargé d'étudier les problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés (1988), résume bien la situation difficile de bon nombre d'aîné-e-s d'origine ethnique.

> «Les immigrants et les réfugiés du troisième âge, en raison de la perte de ce qui leur était familier et les difficultés qu'ils éprouvent à s'adapter à leur nouveau mode de vie, courent davantage le risque de faire face à des problèmes émotifs ou de développer des troubles mentaux. Leur perte de prestige au sein de la famille a tendance à les démoraliser. L'isolement psychologique et social

> s'accroît tandis que les plus jeunes membres de leur famille se détachent de leur culture et que leurs contemporains, déjà peu nombreux, meurent. Incapables de s'adapter, les aînés restent isolés de leur nouvel environnement et peuvent l'être également de leurs propres enfants.»

2.3 La maladie mentale chez les aîné-e-s d'origine ethnique

L'incidence des maladies mentales est plus élevée chez les immigrants en général que dans la population née au pays (Disman, 1988) et elle est peut-être encore plus élevée chez les immigrants âgés qui disposent de peu de ressources pour s'adapter et qui s'aliènent même les membres de leurs propres famille et de leur communauté. Une étude menée auprès de personnes âgées d'origine portugaise (cité dans Disman, 1988) révèle que la dépression, l'anxiété, la faible tolérance au stress et les troubles physiques sont souvent le résultat de l'isolement social.

Enfin, selon un rapport publié aux États-Unis (cité dans Disman, 1988), les personnes âgées d'origine ethnique sont plus souvent placées dans des établissements psychiatriques que les aîné-e-s nés au Canada, pas nécessairement parce que les premières souffrent d'un trouble mental diagnostiqué, mais parce que leurs familles et les intervenants ont plus de difficulté à s'en occuper.

2.4 Les services: Un contexte aux nombreux défis

Il est très difficile d'obtenir une évaluation psychologique et des services de traitement adéquats, et ce pour les raisons suivantes: la culture a une forte influence sur la façon dont les gens expriment leurs émotions; les critères

servant à diagnostiquer les troubles mentaux sont fondés sur les comportements types des personnes souffrant de troubles mentaux en Amérique du Nord et en Europe de l'Ouest, et très peu de professionnels en santé mentale comprennent les langues parlées par ces personnes âgées, et encore moins les différences de comportement d'origine ethno-culturelle. Il n'est donc pas surprenant que les services sociaux et les services de santé soient moins utilisés par les membres des groupes ethniques que par les Canadiens nés au pays (cité dans Disman, 1988).

Plusieurs rapports récents insistent sur la nécessité d'offrir des services de santé mentale spécifiques aux différentes ethnies (Conseil consultatif de l'Ontario sur l'âge d'or, 1989; Driedger & Chappel, 1987; Disman, 1988). Non seulement faut-il accroître les services conçus pour et par les communautés ethniques, mais il faut également mettre en place des services d'interprétation sensibles dans le cadre des principaux programmes canadiens et mieux sensibiliser et renseigner les professionnels de la santé mentale sur les différences ethno-culturelles. Une autre suggestion vise à inclure, dans les services de santé mentale, certains traitements familiers pour les groupes ethniques, par exemple l'acupuncture et l'utilisation d'herbes et d'aliments médicinaux.

2.5 Des avenues de solution

Plusieurs propositions ont été formulées dans le but de faciliter l'adaptation culturelle et de minimiser l'isolement et l'impuissance sociale à l'origine des troubles mentaux. Les services visant à préparer les futurs immigrants et à faciliter leur transition après leur arrivée au Canada pourraient

être adaptés aux personnes âgées. Parmi les autres possibilités, mentionnons la mise en place de groupes d'entraide, de programmes de formation linguistique ainsi que d'activités destinées aux immigrants âgés, organisées par la communauté en général et les associations ethno-culturelles.

CONCLUSION

Comme le nombre et la proportion d'aîné-e-s augmente au sein de la population, on voit apparaître des besoins spécifiques aux groupes particuliers. Répondre à ces besoins avec doigté et compassion représente tout un défi pour les professionnels de la santé mentale.

RÉFÉRENCES

Anglin, B. *They never asked for help.* (1981). Maple, Ontario: Belsten Publishing.

Dalton, A.J., & Crapper-McLachlan, D. (1984). Incidence of memory deterioration in aging persons with Down's syndrome. In J.M. Berg (Éd.), *Perspective and progress in mental retardation.* Vol. 2. Biomedical aspects. Baltimore: University Park Press.

Dholakia, J. et al. (1987). *Problems of South Asian seniors living in Calgary.* Calgary: Faculty of Education, University of Calgary.

Disman, M. (1988). Ethnicity and aging: The Canadian experience. Discours-programme présenté dans le cadre de l'atelier national sur l'ethnicité et le vieillissement, tenu à Ottawa, du 21 au 24 février 1988.

Driedger, L., & Chappel, N. (1987). *Aging and ethnicity.* Toronto: Buttersworth.

Groupe canadien chargé d'étudier les problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés. (1988). *Puis, la porte s'est ouverte: problème de santé mentale des immigrants et des réfugiées.* Ottawa: Ministre des Approvisionnements et Services.

Howell, M. Old age in the retarded. (1986). *Journal of the American Geriatrics Society. 34,* 71-72.

Ontario Advisory Council on Senior Citizens. (1989). *Aging together.* Toronto: Council.

Santé et Bien-être social Canada. (1988). *L'épidémiologie de la déficience intellectuelle.* Ottawa: Ministre des Approvisionnements et Services.

Seltzer, M., & Krauss, M. (1987). *Aging and mental retardation.* Washington, D.C.: American Association on Mental Retardation.

Wolf, L., & Wright, R. (1987). Changes in life expectancy of mentally retarded persons in Canadian institutions: A 12-year comparison. *Journal of Mental Deficiency, 31,* 41-59.